

L'ulcère duodénal post-bulbaire

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine
de Montpellier

Le 10 Juillet 1937

PAR

PAUL TOYE-LAZARIN

né le 15 Août 1910 à Montpellier (Hérault)

Lauréat de la Faculté

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**EXAMINATEURS
DE LA THÈSE**

{ MM. VIRES, professeur, *président*.
LAMARQUE, professeur sans chaire.
BAUMEL, agrégé.
MOURGUE-MOLINES, agrégé

} Assesseurs

TOULOUSE

IMPRIMERIE P. JULIA, 2, RUE TEMPONNIÈRES

1937



Digitized by the Internet Archive
in 2026

L'ulcère duodénal

post-bulbaire

L'ulcère duodénal post-bulbaire

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine
de Montpellier

Le 10 Juillet 1937

PAR

PAUL TOYE-LAZARIN

né le 15 Août 1910 à Montpellier (Hérault)

Lauréat de la Faculté

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**EXAMINATEURS
DE LA THÈSE**

{ MM. VIRES, professeur, *président*.
LAMARQUE, professeur sans chaire.
BAUMEL, agrégé.
MOURGUE-MOLINES, agrégé

} Assesseurs

TOULOUSE

IMPRIMERIE P. JULIA, 2, RUE TEMPONNIÈRES

1937

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

PROFESSEURS

Anatomie.	MM. J. DELMAS.
Histologie.	TURCHINI.
Physiologie.	L. HÉDON.
Chimie biologique et médicale.	CRISTOL.
Physique médicale.	PECH.
Anatomie pathologique.	GRYNFELTT.
Microbiologie.	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale.	BOUDET.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	PUECH.
Hygiène.	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale.	N...
Pathologie médicale et clinique propédeutique.	GIRAUD.
Clinique médicale.	VIRES, assess.
	RIMBAUD.
Clinique chirurgicale.	MASSABUAU.
	RICHE.
Clinique obstétricale.	P. DELMAS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	EUZIÈRE, <i>doyen</i> .
Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge.	LEENHARDT.
Clinique de dermatosyphilligraphie.	MARGAROT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	ETIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU.
Clinique gynécologique.	LAPEYRE.
Clinique ophtalmologique.	VILLARD.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	TERRACOL.
Matière médicale (ch. de c.).	CABANNES.
Radiologie (ch. de c.).	LAMARQUE.
Anatomie (ch. de c.).	LAUX.
Histologie (ch. de c.).	GRANEL.

HONORARIAT

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TÉDENAT, VALLOIS, FORGUE, ESTOR,
BERTIN-SANS et GALAVIELLE.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Pathologie expérimentale.	MM. PAGÈS.
Pathologie externe.	AIMES.
Médecine opératoire.	SOUBEIRAN, ag. libre.
Accouchements.	COLL DE CARRÉRA.
Clinique phthisiologique.	N...
Clinique propédeutique médicale.	BAUMEL.
Clinique des maladies contagieuses.	JANBON.
Stomatologie.	D ^r WATON.

AGREGES EN EXERCICE

Médecine :	Chirurgie.	MM. AIMES.
MM. BOULET.	»	MOURGUE-MOLINES.
PAGÈS.	»	GUIBAL.
JANBON.	»	ROUX.
BAUMEL.	Obstétrique.	COLL DE CARRÉRA.
VIDAL.	Bactériologie.	CARRÈRE.
RIMBAUD.	Ophtalmologie.	DEJEAN.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VIRES, prof., <i>président</i> .	MM. BAUMEL, agrégé.
LAMARQUE, professeur.	MOURGUE-MOLINES, agrégé

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE
DU BATONNIER JULES ALMES

Chevalier de la Légion d'honneur.

Dont la paternelle affection et la
vie de labeur furent pour moi un
soutien et un exemple.

A LA MÉMOIRE
DE MES GRANDS-PARENTS

A MA FEMME

A MA MÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

A MADAME ET AU DOCTEUR GAGNIÈRE

En témoignage de ma fraternelle
affection.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine
de Montpellier,
Officier de la Légion d'honneur.

En faible témoignage de ma profonde gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAMARQUE

Chargé de l'Enseignement de Radiologie
à la Faculté de Médecine de Montpellier.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BAUMEL

Chevalier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

MOURGUE-MOLINES

Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES MAITRES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien des Hôpitaux de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine,
Membre de l'Académie des Sciences,
Grand Officier de la Légion d'honneur.

Hommage de ma respectueuse reconnaissance.

A MON MAÎTRE :

MONSIEUR LE DOCTEUR GUTMANN

Médecin des Hôpitaux de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Avec l'assurance de mon respectueux attachement.

AVANT-PROPOS

En présentant cette thèse, devant nos Maîtres de la Faculté de Médecine de Montpellier, dont l'enseignement lumineux a su nous faire aimer la profession que nous avons choisie, nous ne pouvons manquer de satisfaire à un impérieux devoir de reconnaissance.

Comment remercier, en effet, Monsieur le Professeur VIRET de tous les conseils éclairés qu'il nous a prodigués et de l'intérêt bienveillant qu'il nous a témoigné en acceptant de nous faire le grand honneur de présider notre jury de thèse, qu'il nous permette au début de ce travail de lui donner l'assurance de notre infinie gratitude.

Nous prions Monsieur le Professeur LAMARQUE de trouver ici l'expression de toute notre reconnaissance pour l'aide précieuse que nous avons puisée dans sa

science radiologique et pour l'aimable accueil qu'il nous a toujours réservé.

Nous ne pouvons oublier que c'est l'enseignement magistral de Monsieur le Professeur agrégé BAUMEL qui nous a conduit à nous spécialiser dans la pathologie des voies digestives; nous ne saurions trop l'en remercier.

Monsieur le Professeur agrégé MOURGUE-MOLINES a bien voulu s'intéresser à nos études, c'est ainsi que nous avons particulièrement apprécié la valeur des conseils qu'il n'a cessé de nous donner; qu'il accepte l'assurance de notre affectueux attachement.

Enfin, que tous nos Professeurs de la Faculté de Médecine de Montpellier trouvent, dans ces quelques mots de remerciements, l'expression de toute notre gratitude.

Nous ne saurions terminer cet avant-propos sans rappeler que c'est grâce à l'organisation du service de Monsieur le Professeur GOSSET à la Salpêtrière, que nous avons pu réunir les matériaux nécessaires à l'élaboration de cette thèse, sous la direction de Monsieur le Docteur GUTMANN, médecin des Hôpitaux de Paris, qui nous a inspiré ce travail et nous a initié aux difficultés de la gastro-entérologie.

Que nos deux Maîtres Parisiens qui ont bien voulu nous accueillir, avec bienveillance, auprès d'eux, soient assurés de notre respectueuse reconnaissance et de notre profonde admiration.

INTRODUCTION

Dans l'immense majorité des cas, les ulcères duodénaux siègent au niveau du bulbe; il est rare de les observer sur les autres portions de cet organe. L'étude des ulcères post-bulbaires ne nous semble pas avoir bénéficié jusqu'à présent d'une grande attention. Si l'on parcourt, en effet, les différents travaux parus à ce sujet, l'on s'aperçoit vite qu'il s'agit, pour la plupart, de publications isolées concernant des cas de sténose duodénale, de péritonite, dues à un ulcère post-bulbaire découvert à l'opération ou à l'autopsie. D'autre fois, certains auteurs font allusion dans leur texte à cette localisation ou bien en reproduisent incidemment une image.

Pourtant, si petite figure qu'il puisse faire à côté de l'ulcus du bulbe, son puissant voisin, l'ulcère post-bulbaire mérite d'être mieux connu pour plusieurs raisons :

D'abord du fait de la proximité des voies biliaires et pancréatiques, il présente une grande variabilité dans son aspect clinique; certains caractères spéciaux, qu'il peut ainsi revêtir, dépistent parfois les meilleurs cliniciens.

Ensuite, son étude radiologique est difficile, et si on ne le recherche pas systématiquement on risque de passer à côté du diagnostic.

Enfin, il n'est pas rare que le chirurgien éprouve une réelle surprise, quand, opérant une péritonite qu'il présume être due à une perforation duodéno-pylorique, il ne trouve pas cette perforation à sa place habituelle, sur le bulbe ou sur le canal pylorique; le temps de recherche en est alors prolongé, ce qui peut aggraver le pronostic opératoire.

De même, il est facile, le ventre ouvert, de laisser passer un ulcère post-bulbaire (observation XV); c'est le syndrome ulcéreux indiscutable qui engage le chirurgien à recommencer une exploration méthodique qui permet enfin de découvrir la lésion.

D'autre part, si l'on étudie particulièrement, depuis quelques années, les périviscérités en général et les péri-duodénites en particulier, il faut bien convenir que l'on n'a pas apporté beaucoup de lumière sur l'étiologie de ces affections. Aussi, nous sommes-nous demandé si l'ulcère duodénal post-bulbaire ne pourrait pas, dans un bon nombre de cas, être le point de départ de ces lésions.

On sait que l'ulcère gastrique, l'ulcère pylorique, peu-

vent provoquer des réactions périgastriques souvent intenses. Lorsque l'on constate des périoduodénites, de même ordre somme toute que ces périgastrites, il est bien permis de se demander si ce n'est pas encore un ulcère qui les provoque.

Mais il est difficile de l'affirmer. Il n'est pas toujours aisé de découvrir sur un estomac certains ulcères, il y a plus de difficultés encore à trouver cette même lésion sur un duodénum profond, fixé, dont les parois postérieure et gauche sont adhérentes au pancréas et à la veine cave, que l'on ne peut que difficilement mobiliser.

Peut-être l'ulcère post-bulbaire n'est-il jugé si rare que parce qu'il n'est pas souvent découvert; au cours des interventions chirurgicales on ne pratique presque jamais le décollement du duodénum, qui permet d'explorer trois des quatre faces (la quatrième, pancréatique, restant hors de portée); au cours des nécropsies, il est rare aussi que l'on songe à aller prélever un duodénum dans sa totalité.

Le travail que nous présentons nous a été inspiré par notre Maître, le Docteur René-A. GUTMANN.

Nous exposerons ici une étude d'ensemble de ces ulcères duodénaux post-bulbaires.

Nous nous appuierons, d'une part, sur les quarante-sept observations isolées qui ont parues antérieurement, d'autre part sur nos trente observations personnelles.

Ces dernières ont été suivies, pour la majorité à la consultation du docteur René-A. GUTMANN, à la clinique chirurgicale de la Salpêtrière (Service du Professeur

GOSSET) ou à sa consultation de médecine de l'Hôtel-Dieu.

Après un chapitre succinct d'historique, nous indiquerons les notions étiologiques; puis nous étudierons le syndrome clinique avec la diversité de ses caractères; le syndrome radiologique, très important par sa valeur diagnostique arrêtera notre attention; enfin, l'étude du diagnostic et les notions thérapeutiques précéderont nos conclusions.

HISTORIQUE

L'ulcère post-bulbaire a été connu avant l'ère radiologique, puisque BUCQUOY l'a signalé dans son travail princeps en 1885. Mais, si c'est à lui que revient le mérite d'avoir le premier attiré l'attention sur cette localisation ulcéreuse, c'est un tort de confondre comme on le fait parfois, l'ulcère post-bulbaire avec l'ulcère de Bucquoy. Cet auteur a décrit les ulcères duodénaux en général, et non uniquement les ulcères post-bulbaires. Il a d'ailleurs soin de signaler la rareté de ces derniers et d'en mentionner pour mémoire trois cas dans la littérature.

En 1908, PAUCHET publie une observation d'ulcère post-bulbaire perforé.

Deux ans plus tard, William Carpenter MACCARTY, à propos de la pathologie de la vésicule biliaire et des lé-

sions associées, a étudié deux cas d'ulcères situées au niveau de l'ampoule de Vater.

Puis viennent les observations de HUSTIN (1911), de LAGOUTTE (1912), de PÉRAIRE (1920).

En 1921, CRANE publie une observation d'ulcère siégeant sur la troisième portion duodénale.

L'année suivante, PORTIS consacre sa thèse à l'ulcère de la deuxième portion du duodénum.

Un autre cas a été noté, par THÉVENARD, chez un enfant de onze ans (1922).

En 1926, LOSSEN et SCHNEIDER étudient les ulcères post-bulbaires comme cause de sténose duodénale.

BOUSQUET et BROUSTET apportent encore une observation d'ulcus de la deuxième portion du duodénum vérifié à l'autopsie (1927).

L'année suivante dans son travail d'ensemble sur les ulcères duodénaux, HERTZ rapporte à la Société Nationale de chirurgie trois cas d'ulcères post-bulbaires.

Ensuite, POLONY publie un cas d'ulcère perforé siégeant sur la deuxième portion duodénale (1929).

La même année, COMBY rapporte dans sa thèse dix nouveaux cas d'ulcères de la deuxième portion du duodénum et étudie leur valeur étiologique dans les péri-viscérites du carrefour sous-hépatique.

Puis viennent les observations de LEFÈBRE (1931), de DAGNINI (1931), de GALLART-MONÈS (1931), de DUCASTAING (1932) et la très intéressante monographie de VIVIANI publiée dans *Radiologia Medica*, en 1930.

En 1934, René-A. GUTMANN consacre à ces ulcères un chapitre important dans son traité sur les syndromes douloureux de la région épigastrique.

Enfin, en 1936, LEFÈVRE, VERGER et A. LAPORTE rapportent un cas d'ulcère de la deuxième portion du duodénum à la Société de chirurgie de Bordeaux et du Sud-Ouest.

La même année, K. WOLKE publie, dans *Acta radiologica*, une monographie détaillée sur cette question.

Le 11 mai 1937, René-A. GUTMANN et NGUYEN-DINH-HOANG présentent à la Société de radiologie médicale de France, un travail d'ensemble à propos de quatorze cas d'ulcères de la partie descendante du duodénum. (Ces cas font partie de notre étude).

NOTIONS ETIOLOGIQUES

Fréquence de l'ulcère duodénal post-bulbaire.

L'ulcère post-bulbaire n'est nullement une rareté.

Déjà, CHVOSTECK, sur quarante-six cas d'ulcères duodénaux, en mentionne quarante sur la première portion, six sur la deuxième et deux sur la troisième.

MOYNIHAN, dans une statistique d'ensemble estime que l'ulcère duodénal est dix fois plus fréquent sur la première portion que sur la deuxième; il est encore plus rare sur la troisième. Cette proportion nous paraît très exagérée, car il n'y a pas, et de loin, 10 % d'ulcère sur la deuxième portion du duodénum.

CARMAN indique que la proportion des ulcères localisés en arrière du bulbe est de moins de 10 %; CRANE,

en rapportant ce fait, déclare que cette proportion, suivant sa propre expérience est exactement de 1 %.

Sur vingt-quatre observations d'ulcères duodénaux étudiés par HERTZ en 1928, on trouve :

Vingt-trois ulcères siégeant sur le bulbe;

Un ulcère siégeant au niveau du gènu superius;

Un ulcère siégeant sur la deuxième portion.

HONDARD, cité par DUCASTAING, signale un cas d'ulcère de la deuxième portion duodénale sur treize cas d'ulcères duodénaux.

CRYMBLE affirme que lorsqu'on opère des ulcères du duodénum, on peut en trouver un « grand nombre » qui siègent sur la portion descendante.

Notre avis, à ce sujet, a varié. Bien que notre opinion personnelle fut d'abord que ces ulcères n'étaient pas si fréquents, nous avons été peu à peu amenés à changer d'avis. Dès que l'on pense à cette localisation, on la trouve fréquemment en cause.

Un simple fait montrera la légitimité de cette assertion.

M. GUTMANN a fait, le 11 mai, avec M. N.-D.-HOANG une communication sur quatorze cas d'ulcères de la deuxième portion du duodénum.

Depuis cette communication jusqu'à la fin de la rédaction de cette thèse c'est-à-dire le quinze juin (soit un peu plus d'un mois), nous avons, avec M. GUTMANN, d'une part, trouvé à la consultation de la clinique chirurgicale de la Salpêtrière ou à celle de l'Hôtel-Dieu, six cas non

mis en fiches et qui n'avaient pas été comptés dans la précédente communication; et, d'autre part, nous avons observé, soit à l'hôpital, soit en ville, dix cas nouveaux.

Nous pensons donc que cette localisation est plus fréquente qu'il ne nous semblait même au moment où nous commençons ce travail et nous estimons qu'il faut en tenir compte lorsqu'on recherche un ulcère duodénal.

Influence du sexe et de l'âge.

C'est chez l'homme que l'ulcère post-bulbaire s'observe le plus fréquemment. Dans notre statistique de soixante-dix-sept cas (le sexe n'est pas indiqué dans un cas) nous avons trouvé 64 hommes (soit 84 %) et 12 femmes (soit 16 %).

Du point de vue de l'âge, voici ce que nous montre la statistique portant sur 74 cas :

Au-dessous de 30 ans : 15 cas, soit 20 %;

De 30 à 40 ans : 15 cas, soit 20 %;

De 40 à 50 ans : 18 cas, soit 25 %;

De 50 à 60 ans : 15 cas, soit 20 %;

Au-dessus de 60 ans : 11 cas, soit 15 %.

Le maximum de fréquence se trouve donc entre qua-

rante et cinquante ans. Le plus jeune malade est celui de THÉVENARD, qui a onze ans et dont le syndrome ulcéreux remonte à l'âge de six ou sept mois. Le plus vieux est celui de WOLKE (cas I) qui a soixante-quatorze ans.

Siège de l'ulcère duodénal post-bulbaire.

Notre statistique (76 cas) permet d'établir le siège de l'ulcus post-bulbaire ainsi :

Ulcère du genu superius : 9 cas, soit 11 %;

Ulcère de la deuxième portion : 63 cas, soit 84 %;

Ulcère de la troisième portion : 4 cas, soit 5 %.

Coexistence avec un autre ulcère.

Du point de vue de la multiplicité des ulcères, HERTZ signale un cas dans lequel il a trouvé deux ulcères duodénaux, un bulbaire, l'autre siégeant sur la deuxième portion duodénale.

De même, CABANIE rapporte l'observation d'un malade chez lequel l'opération confirme le diagnostic d'ulcère de la deuxième portion du duodénum mais, de plus, décèle la présence d'un ancien ulcère pylorique.

Voici les observations de ces deux auteurs :

OBSERVATION XXXV

(HERTZ, Cas XVII.)

M. K. G..., âgé de vingt-quatre ans, souffre depuis trois semaines de crises douloureuses épigastriques.

A une première opération (31 mai 1926) je vois un premier ulcère cicatrisé blanchâtre juxta-pylorique sur la face antérieure du bulbe, étoilé avec piqueté hémorragique. En outre, contre le bord interne de la deuxième portion du duodénum, je trouve une induration pancréatique grosse comme deux olives.

Réséction losangique de l'ulcère antérieur. Par cette plaie, je trouve sur le bord interne de la deuxième portion (partie supérieure) en regard de l'induration pancréatique, une ulcération perforée sur le fond formé par le pancréas (pièce de 50 centimes). Je n'ose pas réséquer la deuxième portion. Alors, pour la mettre au repos, au lieu de faire une duodénoplastie, je suture en long, pour rétrécir et plicaturer avec suture séro-séreuse. J'ai l'impression que la première portion n'est plus perméable. Gastro-entérostomie postérieure très large.

A été très bien pendant deux mois, prenant de tout sans douleur, puis réapparition de douleurs vives épigastriques, surtout nocturnes, à peu près constantes, précoces après les repas. Pas d'irradiations. Quatre crises avec vomissements quotidiens accompagnant les douleurs, matin 10 heures, soir 16 heures, 18 heures, vomissements bilieux.

Pas d'amaigrissement très prononcé.

Point douloureux juxta-ombilical droit.

Examen radioscopique. Rien ne passe à la gastro-entérostomie postérieure, tout par le pylore.

Deuxième opération (7 janvier 1927). Quelques adhérences péri-gastriques et périoduodénales au niveau de la suture duodénale. Gastro-entérostomie postérieure normale sans lésions. Il semble logique de faire une exclusion complète. Section avec l'écraseur de de Martel, prépylorique, suture sous trois plans (on sent la même induration pancréatique).

Suites sans incident. Cessation brusque et immédiate des douleurs et des vomissements.

Revu en mars 1927, a augmenté de 5 kilos. Plus aucun symptôme pathologique.

Décembre 1927. Parfait état à tous égards.

OBSERVATION XXXVI

(CABANIE.)

M. B..., âgé de trente-cinq ans, présente depuis 1910 des signes cliniques fort nets d'ulcère duodénal : crises périodiques avec douleurs à jeun, douleurs à cinq heures, après les repas, calmées par l'ingestion alcaline ou alimentaire.

Les troubles s'aggravent peu à peu. En 1923 on pratique un examen radiologique qui montre la persistance d'une petite ombre à l'angle duodénal et on conclue à la probabilité d'un ulcère ancien du duodénum.

Les signes s'aggravent de nouveau, les douleurs tendent à devenir continues. Un nouvel examen radiologique montre

sur le côté droit de la deuxième portion duodénale, près de l'angle supérieur, un petit niveau liquide surmonté d'une bulle d'air. Cette image est retrouvée au cours d'examens successifs.

A l'intervention : Pylore dur, épais, cicatriciel, cicatrice étoilée d'un ulcère pylorique. Duodénum et pancréas adhérents mais dissociables jusqu'au genu superius; aussitôt après la dissection ouvre le fond de l'ulcère duodénal creusant le pancréas, ulcère de sept à huit millimètres de diamètre. En essayant de dissocier davantage le duodénum des organes voisins on est arrêté par le canal cholédoque, très court, qui vient s'insérer au ras de l'ulcère. Le tubercule de Vater est immédiatement contigu à l'ulcère. Un Billroth II termine l'intervention.

Le malade a été suivi pendant quatre ans, il allait bien.

Troubles du transit et ulcère duodénal post-bulbaire.

L'ulcère post-bulbaire peut être en rapport avec les troubles du transit, il peut compliquer un duodénum mobile (observations IV, X, XXX), une sténose duodénale. L'observation de Dagnini est démonstrative à ce sujet.

OBSERVATION XXXI

(DAGNINI.)

M. T. G., âgé de 33 ans. Le début de la maladie remonte à un an et demi. Douleurs intenses dans l'abdomen, durant trois heures, survenant spécialement après l'ingestion des aliments, accompagnées de vomissements alimentaires très acides. Amaigrissement de 20 kgr. en quelques mois.

Tumeur de consistance dure dans l'hypochondre gauche, irrégulière, très douloureuse à la palpation. Contracture diffuse de la paroi.

Examen radiologique : Le bulbe et la deuxième portion du duodénum sont très dilatés jusqu'au genu inferius. Tout le duodénum horizontal et ascendant jusqu'à l'angle duodéno-jéjunal est rigide, de contours fortement irréguliers et parsemé, dans toute sa longueur, par de nombreuses images lacunaires à bords anfractueux et irréguliers.

Autopsie : Ulcère gros et profond de la troisième portion du duodénum. Sténose de la quatrième portion due à une tuberculose fibrocaséuse des ganglions mésentériques.

De même, GARIN et BERNAY ont publié trois cas d'ulcères post-bulbaires coexistants avec un duodénum en M et siégeant au sommet de l'M. Un de leurs malades (cas I) était même porteur de deux ulcères situés au sommet de l'M duodénal. Nous reproduisons ici leurs trois observations.

OBSERVATION XXXII

(GARIN et BERNAY, Cas I.)

M. M..., 56 ans, forgeron, est vu par l'un de nous, depuis cinq ans il présente chaque année vers le mois de décembre une très grosse hématomèse, suivie de méléna; hématomèse survenant en pleine santé apparente, sans aucun phénomène douloureux, sans aucun trouble digestif. L'examen montre l'existence d'une cirrhose hypertrophique avec gros foie débordant de trois travers de doigt et une grosse rate palpable. Les réactions de Wasserman, Kahn, Meinicke sont négatives. Les examens radioscopiques et radiographiques montrent un duodénum en M avec une double niche vers la pointe de l'M, niches évidentes à la simple radioscopie. Anachlorhydrie.

A l'intervention : Ulcère calleux inextirpable à trois centimètres en aval du bulbe. Gastrectomie.

OBSERVATION XXXIII

(GARIN et BERNAY, Cas II.)

M. O..., 25 ans, maçon, est envoyé dans le Service de l'un de nous pour des troubles dyspeptiques sans caractères, accompagnés de fréquentes nausées, de constipation et d'amalgissement. De plus il se plaint, depuis deux ans, tous les deux ou trois mois, parfois plus fréquemment, d'une crampe épigastrique isolée, violente, mais sans lendemain. Les radiographies montrent un duodénum en M avec stase, à la pointe de l'M une petite niche entourée d'un halo clair.

OBSERVATION XXXIV

(GARIN et BERNAY, Cas III.)

M. Gh..., 26 ans, teinturier, est admis dans le Service de l'un de nous parce qu'il a perdu connaissance dans la rue. Il présente depuis six mois un syndrome douloureux épigastrique mal précisé, sans périodicité nette, sans hématurie, ni méléna, mais accompagné de fréquents vomissements qui calment les douleurs. Les radiographies en position frontale montrent un estomac et un duodénum rigoureusement normaux, alors qu'en oblique, elles montrent un duodénum en M avec une niche à la pointe de l'M.

SYNDROME CLINIQUE

L'ulcère duodénal post-bulbaire est loin d'avoir une symptomatologie unique et pathognomonique; au contraire, la diversité des caractères cliniques est ici plus frappante que dans n'importe quelle autre localisation ulcéreuse.

Dans l'ensemble, ces ulcères peuvent être divisés en deux catégories : certains ont une symptomatologie ulcéreuse typique, d'autres se manifestent par des caractères cliniques particuliers. Nous pouvons donc distinguer une forme typique et des formes atypiques.

Forme typique.

Dans cette forme, la localisation de la lésion ulcéreuse au-dessous du bulbe, n'imprime aucun cachet spécial à l'allure clinique de la maladie.

Le tableau est celui d'un ulcère banal.

Nous nous contentons de rappeler ici cette double évolution cyclique, si caractéristique à l'ulcère : d'une part, évolution par crises de douleurs tardives journalières, d'autre part, par des périodes douloureuses séparées par des intervalles de bonne santé.

Nous avons observé onze cas de forme typique d'ulcères duodénaux post-bulbaires : Observations I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, XXIX, XXX.

OBSERVATION I (Inédite).

*Consultation du docteur Gutmann, Clinique Chirurgicale
de la Salpêtrière.*

M. Mor..., âgé de 30 ans, coiffeur, est venu nous consulter le 27 mars 1933.

Depuis deux ans, il présente tous les deux ou trois mois des périodes de crises douloureuses tardives de quinze jours environ. Pendant ces périodes, il souffre régulièrement tous

les jours, au niveau de l'épigastre, à 11 heures du matin et à 3 heures de l'après-midi; parfois il est réveillé par les douleurs vers 1 heure du matin.

Ces douleurs, à type de crampes, sont calmées par l'ingestion d'aliments.

Il a déjà été examiné, en novembre 1932; après un examen radioscopique, on lui a dit qu'il n'avait pas d'ulcère.

A son entrée, il est en période de crise depuis quatre jours. Cette fois, il a des vomissements qui mettent fin aux douleurs.

Antécédents : A eu la syphilis (accident primaire en 1926), a suivi un traitement régulier pendant trois ans.

L'examen est négatif.

La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang est positive (+).

La formule sanguine est normale.

L'analyse des urines ne révèle rien d'anormal.

Sur les clichés (fig. 1 et 2), on voit nettement au niveau du début de la deuxième portion du duodénum une niche de face. Aspect de duodénite hypertrophique de la deuxième portion duodénale.

L'opération a été faite par le docteur Funck-Brentano, le 10 avril 1933. Il a trouvé un ulcère du début de la deuxième portion du duodénum, de dimensions d'une pièce de 1 franc; gastro-entérostomie postérieure transmésocolique.

En janvier 1934, le malade revient nous voir, à l'occasion de troubles coliques. Il nous a déclaré qu'il allait très bien depuis son opération, qu'il ne souffrait plus de l'estomac.

L'examen radiologique ne montre rien de particulier du côté de la niche et de la bouche de gastro-entérostomie dont le fonctionnement est normal.

OBSERVATION II (Inédite).

(Aimablement communiquée par le docteur Jahiel.)

Consultation du docteur Gutmann, Clinique Chirurgicale
de la Salpêtrière.

M. Cap..., âgé de 45 ans, épicier, nous consulte le 28 septembre 1936.

Depuis quatre ans, pendant cinq à six mois, de septembre à février, le malade souffre du ventre tous les jours, par crises qui durent une heure et demie environ. Elles surviennent fréquemment dans la journée, semblent tardives, trois à quatre heures après les repas, jamais la nuit.

Ces douleurs sont caractérisées par une sensation de colique péri-ombilicale à se tordre. Elles sont calmées par le décubitus ventral et l'ingestion d'aliments.

Les crises s'accompagnent de nausées mais jamais de vomissements.

Les selles sont normales, plutôt pâteuses, ne contenant pas de glaires.

Les émissions de gaz soulagent le malade.

Un mélæna important a eu lieu il y a quelques jours.

L'examen clinique est négatif.

Les clichés montrent une niche siégeant sur le haut de la deuxième portion du duodénum avec un halo périulcéreux (fig. 3 et 4).

OBSERVATION III (Inédite).

(Due à l'obligeance du docteur A. Maurin, d'Oran).

M. Agu..., âgé de 29 ans, chauffeur d'automobile, consulte le 19 septembre 1935. Souffre depuis quatre ans, par intervalles de deux à six mois et par périodes de dix à quinze jours, d'une douleur localisée à l'hypochondre droit et s'irradiant des deux côtés dans les reins. Il s'agit d'une douleur violente à gémir.

La dernière crise dure depuis vingt jours. La douleur apparaît à horaire fixe : à 10 heures du matin et dure une demi-heure; à 13 h. 30, elle est calmée par l'ingestion d'une tasse de lait; à 18 heures, elle dure presque jusqu'au repas du soir; à minuit ou 1 heure du matin, se prolonge dans la nuit, empêchant le sommeil.

Jamais de fièvre, jamais d'ictère, pas d'hématémèse ni de mélæna; une seule fois la douleur a été calmée par un vomissement qui a été unique.

Les clichés montrent une image constante de rétrécissement au niveau de la deuxième portion du duodénum (fig. 5 et 6).

L'intervention chirurgicale est faite par le docteur Abadie : Ulcère de la deuxième portion du duodénum situé loin du bulbe qui est déformé par des adhérences; on resèque l'estomac et le bulbe, opération Bilroth II; on laisse l'ulcère en place.

Le malade est revu le 2 mars 1937 : depuis son opération, il n'a jamais souffert, il a considérablement engraisé.

OBSERVATION IV (Inédite).

*Consultation du docteur Gutmann, Clinique Chirurgicale
de la Salpêtrière.*

M. Def..., 58 ans, est entré le 9 juin 1936.

En 1933, il a souffert d'une crise douloureuse durant un mois, bien ensuite pendant neuf mois. Puis, histoire de douleurs épigastriques intermittentes, survenant par périodes d'une semaine, séparées par 4 à 6 semaines de bonne santé.

Depuis 2 mois très constipé, le malade s'est mis au régime végétarien. Par la suite, il est très fatigué, anémié.

L'appétit qui avait beaucoup diminué, reprend depuis qu'il est à l'hôpital, au repos.

L'examen est négatif.

Les radiographies montrent un ulcère postbulbaire du genu superius situé après un duodénum mobile. Duodénite sous-ulcéreuse d'aspect sténosant (fig. 9 et 10).

Compte rendu opératoire du D^r Charrier (19 juin 1936) :

« Il existe à l'angle de la première et de la deuxième portion du duodénum un ulcus très adhérent à la vésicule qui ne peut en être séparé sans crainte de perforer le duodénum, qu'il serait ensuite très difficile à fermer vu la proximité du cholédoque. On pratique une gastrectomie avec résection du pyllore... »

Le malade est revu le 19 décembre 1936 : il va tout à fait bien. Augmentation de poids de 8 kilogrammes.

OBSERVATION V (Inédite).

*Consultation du docteur Gutmann, Clinique Chirurgicale
de la Salpêtrière.*

M. Val..., âgé de 63 ans, retraité; entre le 22 septembre 1936.

Souffre de l'estomac depuis trente ans, par périodes de crises durant quelques semaines séparées par des intervalles de plusieurs mois ou de plusieurs années de santé parfaite. Ces crises vont en augmentant d'intensité et le fréquence.

L'avant-dernière a eu lieu il y a trois ans; elle a duré deux mois.

La dernière date de quinze jours et dure encore. Très fortes crises de douleurs épigastriques, survenant régulièrement deux heures après les repas, sous forme de douleurs térébrantes obligeant le malade à se rouler dans son lit. Elles sont légèrement calmées par la magnésie et par les aliments. Pas de vomissements. Selles normales. Très bon appétit. Toutefois, amaigrissement de 3 kilogrammes depuis la dernière crise.

A l'examen, point de Murphy net.

Les radiographies montrent un ulcère postbulbaire de face (fig. 7 et 8).

L'opération a été faite par le docteur Jean Gosset, le 26 octobre 1936, qui a confirmé le diagnostic d'ulcère postbulbaire. Gastrectomie.

Le malade est revenu à la consultation le 11 juin 1937; il va très bien.

OBSERVATION VI (Inédite).

*Consultation du docteur Gutmann, Clinique Chirurgicale
de la Salpêtrière.*

M. Tur..., chauffeur, vient consulter le 10 novembre 1936.

Depuis des années, souffre de temps en temps de crampes épigastriques pendant 2 ou 3 jours.

A partir du début de 1936, les périodes douloureuses deviennent plus fréquentes.

L'avant-dernière survenue il y a 2 mois, a duré 5 à 6 jours.

La dernière a commencé il y a 15 jours et dure encore : les douleurs, sous forme de crampes, surviennent trois heures après les repas et durent plusieurs heures. Souffre souvent la nuit vers une heure du matin. Parfois il vomit au début des douleurs, du liquide acide; il est alors soulagé.

Le malade est un éthylique et un fumeur.

A l'examen : Foie un peu induré, peu douloureux.

Région appendiculaire sensible.

Sur les clichés pris de profil, on voit nettement un coude postbulbaire (petit duodénum mobile), dont le bas est occupé par une niche typique avec image œdémateuse autour de la niche (fig. 11 et 12).

Le malade est revu le 5 janvier 1937 : il a eu une série d'injections de soluprotine; dès la première injection plus de vomissements et diminution des douleurs. Au bout de quinze jours ne souffre plus. Il a repris 6 kilogrammes en un mois.

Le 3 mai 1937, le malade a fait une deuxième série d'injections de soluprotine. Depuis quinze jours, il recommence

à souffrir uniquement la nuit vers 1 heure; une ingestion de lait fait disparaître la douleur. On a l'impression qu'on sera obligé d'intervenir. Une troisième série d'injections de soluprotine va être faite.

OBSERVATION VII (Inédite).

Consultation du docteur Gutmann, Clinique Chirurgicale de la Salpêtrière.

M. Bar..., âgé de 61 ans, ancien surveillant d'usine; entre d'urgence à l'hôpital dans la nuit du 20 au 21 mai 1937 pour douleurs épigastriques extrêmement violentes (idées de suicide).

Pendant deux ans (1934-1935), il souffre de crises douloureuses épigastriques durant de 3 à 8 jours, séparées par des intervalles de 2 à 3 mois. Les douleurs surviennent deux à trois heures après les deux principaux repas, à type de crampes et s'irradient en ceinture dans les régions lombaires; leur durée est de deux heures. Elles s'accompagnent de nausées, de hoquet et de céphalées.

Le malade est hospitalisé d'urgence le 19 mars 1936 pour une crise plus violente mais surtout pour une congestion cérébrale avec hémiplégie droite et coma; son séjour à l'hôpital est de deux mois.

En 1936, les crises douloureuses sont légèrement plus courtes, un à cinq jours seulement, de même intensité, survenant tous les deux à trois mois.

Depuis janvier 1937, des vomissements alimentaires qui soulagent le malade apparaissent au moment des périodes douloureuses. Les crises augmentent d'intensité et de fré-

quence. Actuellement, le malade souffre depuis deux mois de façon presque quotidienne.

Possibilité de mélana à plusieurs reprises ? Bon appétit. Amaigrissement de 3 kilogrammes, mais le malade a restreint volontairement son alimentation. Ni constipation, ni diarrhée.

Tabagisme (un paquet de tabac par jour). Ethylisme (vin rouge et bière).

Le malade est un anxieux, un inquiet.

L'examen clinique révèle un point douloureux siègeant, dans la région para-ombilicale supérieure droite.

L'analyse des urines ne montre rien d'anormal.

Sur les clichés, on voit nettement un gros ulcère typique de la deuxième portion du duodénum. Image de duodénite à type sténosant autour de la niche (fig. 46).

A l'intervention, faite par le docteur Baraya (9 juin 1937) : Ulcère avec périviscérite rétractant toute la région sous-hépatique, on dégage sa face antérieure; il est trop loin et trop entouré d'infiltration pour que l'on pense l'enlever.

Gastrectomie en coupant avant l'ulcère.

OBSERVATION VIII (Inédite).

Consultation du docteur Gutmann, de l'Hôtel-Dieu.

M. Cah..., a, depuis trente ans, tous les ans ou deux fois par an des crises douloureuses épigastriques qui durent dix jours.

Les douleurs surviennent à 5 heures de l'après-midi et à 10 heures du soir, jamais le matin. Elles sont calmées par l'ingestion d'aliments.

Actuellement, les crises augmentent d'intensité.

L'examen clinique est négatif.

Sur les premiers clichés (février 1934), on voit une niche typique du genu superius entourée d'un halo d'œdème constant (fig. 13).

De nouvelles radiographies (avril 1937), faites en période aiguë, montrent un ulcère duodénal fissuraire, avec gros œdème de toute la région avoisinante empêchant le remplissage sur tous les clichés (fig. 14).

OBSERVATION IX (Inédite).

(Docteur GUTMANN.)

M. Drey..., souffre depuis dix ans par périodes de quinze jours à un mois de douleurs épigastriques tardives, le réveillant la nuit.

Ces crises douloureuses sont séparées par de longs intervalles pendant lesquels le malade ne ressent plus rien.

Il y a cinq mois, les douleurs réapparaissent pendant un mois; elles sont calmées par des injections de plexamine pendant trois mois (ou bien la poussée était finie et avait duré un mois comme les précédentes).

Puis, de nouveau, crise douloureuse d'un mois, améliorée par la plexamine.

En mars 1937, nouvelle crise.

De nombreux clichés ont été faits; on n'a jamais vu d'ulcère.

Les radiographies du 2 avril 1937 montrent une niche ulcéreuse au niveau du genu superius avec son halo d'œdème, image constante sur tous les clichés (fig. 19).

OBSERVATION XXIX (Inédite).

Consultation du docteur Gutmann, de l'Hôtel-Dieu.

M. Voi..., âgé de 49 ans, souffre depuis deux mois, tous les jours, de douleurs épigastriques qui ont débuté à la suite d'une purgation.

Les douleurs surviennent le matin vers 9 heures, calmées par le repas. Elles réapparaissent, plus atténuées, parfois l'après-midi, rarement le soir.

Elles ne sont ni à type de crampes ni à type de brûlures.

Dans le décubitus dorsal, le malade ressent une pesanteur au niveau du creux épigastrique.

Bonnes digestions. Pas de constipation. Ni nausées, ni vomissements. Pas d'amaigrissement. Anorexie transitoire au début des troubles pendant trois semaines, suivie de la reprise de l'appétit normal.

A été traité, il y a quatre ans, pour brûlures épigastriques, vomissements, aigreurs. Plusieurs radiographies n'avaient rien révélé.

A l'examen clinique, on note une sensibilité des régions solaire et cæcale.

Examen radioscopique : pas de liquide de stase. Estomac hypertonique dont le bas-fond reste haut situé environ à 7 centimètres au-dessus des crêtes iliaques. L'antré ne s'emplie pas durant les premières minutes qui suivent l'emplissage. Contraction peu profondes cependant assez efficaces. Le bulbe s'emplie assez bien. Trois heures après l'ingestion, on note encore quelques traces de baryte dans l'estomac.

Sur les clichés, le bulbe est en position inférieure par rapport à l'antré; grosse niche postbulbaire constante; image de duodénite descendante (fig. 29 et 30).

OBSERVATION XXX (Inédite).

*Consultation du docteur Gutmann, Clinique Chirurgicale
de la Salpêtrière.*

M. Bla..., âgé de 25 ans, marchand forain, souffre pour la première fois de l'estomac depuis une dizaine de jours.

Douleurs épigastriques à type de brûlures et de tiraillements, survenant quatre à cinq heures après les repas, par petites poussées successives de courte durée, jusqu'au repas suivant.

L'examen clinique est négatif.

Les clichés montrent une image d'ulcère post-bulbaire sur un duodénum mobile. Image de duodénite aiguë entourant la niche (fig. 47 et 48).

Avant d'avoir commencé le traitement et ayant supprimé tout régime le malade a cessé de souffrir. La poussée s'est brusquement terminée.

Dans sa thèse, COMBY rapporte quatre cas d'ulcères de la deuxième portion du duodénum revêtant la forme typique du syndrome ulcéreux (cas I, II, IV, VII).

OBSERVATION XXXVII

(COMBY, Cas I.)

M^{lle} P... (J.), 30 ans, domestique.

Cette malade entre à l'Hôpital, le 2 novembre 1928, pour douleurs abdominales.

Il y a environ dix ans qu'elle souffre. Au début, les douleurs apparaissaient par crise de plusieurs jours, puis, leur faisait suite un intervalle de plusieurs semaines, et même des mois, d'un calme à peu près complet. Ces douleurs venaient, l'après-midi et le soir, dans le courant des digestions. C'étaient des malaises plus ou moins intenses, des lourdeurs d'estomac, de la flatulence, des renvois aigres, des éructations au milieu d'un état nauséux, des céphalées violentes ainsi que des vertiges. Elles siégeaient au niveau de l'ombilic, plus exactement un peu à gauche, de celui-ci, il n'y avait pas d'irradiations. Quelquefois, rarement, les douleurs tournaient court quand des vomissements alimentaires survenaient. Il n'y a pas eu d'hématémèses. Notons, enfin, que les crises s'accompagnaient de diarrhée et que la malade n'a jamais aperçu de sang dans ses selles.

Malgré un régime suivi régulièrement, cet état ne s'est jamais amélioré. Au contraire, depuis six mois, ces troubles ont beaucoup augmenté et la douleur empêche tout travail. Celle-ci a d'ailleurs changé de caractère, elle est devenue permanente.

A l'examen radioscopique : Estomac très allongé, dilaté, évacuant son contenu dans les délais normaux, avec sensibilité diffuse de toute la région de l'antrum pylorique.

Douleur très vive, au niveau du bulbe duodénal qui présente des contours irréguliers, déchiquetés. Très vive douleur solaire.

La recherche du sang est positive dans le liquide gastrique et dans les selles.

L'examen montre une personne amaigrie notablement, chez qui la palpation est douloureuse à deux travers de doigts à gauche de l'ombilic. La région présente un peu de contracture et elle est peu dépressible. Par ailleurs, on ne trouve rien objectivement.

La malade est opérée, le 7 novembre 1928, avec le diagnostic d'ulcère du duodénum et de stase duodénale.

On constate une périviscérité intense du carrefour, englobant la première et la deuxième portion du duodénum, la vésicule et le côlon ascendant. Le côlon est complètement bridé et adhérent entre le foie et la deuxième portion du duodénum. On l'isole du foie. On relève le mésocôlon transverse et l'on aperçoit la troisième portion du duodénum, dilatée et distendue.

Décollement côlo-mésentérique.

Au delà de l'artère mésentérique, du tissu cellulaire densifié comprime le duodénum. On libère le duodénum et la troisième portion s'affaisse. Remise en place du côlon et du méso-côlon et gastro-entérostomie avec exclusion du pylore aux crins.

Suites simples.

OBSERVATION XXXVIII

(COMBY, Cas II.)

M^{me} N... (A.), 32 ans.

Souffre du ventre depuis plusieurs années. Le début de ces troubles remonte à 1926. Elle ressentait alors une pesanteur épigastrique qui apparaissait au moment des repas, qui s'accompagnait d'un ballonnement péri-ombilical. Ces malaises persistaient soit spontanément, soit à la suite de vomissements alimentaires plus ou moins abondants. Ces manifestations douloureuses ne survenaient qu'après le repas de midi et ne suivaient jamais celui du soir, après lequel la malade avait l'habitude de se coucher de très bonne heure.

Ses accidents survenaient par périodes de trois ou quatre

jours, séparés par des semaines entières de calme. Ils étaient souvent accompagnés de quelques troubles intestinaux, la malade, habituellement constipée, avait des crises de diarrhée.

En même temps que cette affection gastrique, évoluent des accidents génitaux. Cette femme a des pertes jaunes abondantes, dans l'intervalle de ses règles, elle souffre du ventre, se plaint de douleurs en ceinture, qui s'irradient dans la partie supérieure des cuisses. Elle présente, à l'examen objectif, une rétroversion des plus nettes.

En 1926, un médecin consulté, lui conseilla le port d'une sangle abdominale qui n'eut aucun résultat heureux sur ses troubles.

Au cours de l'année 1928, présentant toujours par intermittence des malaises que nous avons décrits, elle constate qu'à plusieurs reprises ses selles étaient noires comme de la suie. Elle n'y attacha d'ailleurs pas d'importance.

Au mois de mai 1929, elle voit un médecin qui lui prescrit avec un régime sévère l'absorption de kaolinase.

Ce traitement semble un moment efficace, mais des malaises reparaissent bientôt et provoquent un examen radioscopique, après lequel le radiologiste qui l'examine conclut à l'existence d'une stase duodénale.

Elle souffre encore durant les mois d'août et de septembre et rentre à l'Hôpital réclamant une intervention en octobre 1929.

Son état général cependant reste bon, elle n'a pas maigri. Elle a d'ailleurs conservé son appétit, sauf dans les périodes de crises que nous avons décrites. Celles-ci, surviennent depuis ces derniers mois, à intervalles beaucoup plus rapprochés, durant plus longtemps et sont caractérisées par des troubles plus intenses. Elle éprouve une pesanteur très pénible dans la région épigastrique qui survient à jeun, qui est

atténuée par l'absorption des aliments mais reparaît au cours de la digestion.

Les antécédents ne fournissent aucun renseignement appréciable.

L'examen clinique ne montre aucun signe bien précis, la palpation fait simplement découvrir un point douloureux à la pression profonde située à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, sur la ligne médiane. Il n'y a pas d'autres régions douloureuses dans l'abdomen. Le point de Mac Burney n'est pas sensible mais le toucher vaginal permet de découvrir un utérus en rétroversion franchement douloureux. On pratique un nouvel examen radioscopique, qui permet les constatations suivantes: les contours et le fonctionnement de l'estomac et du pylore semblent normaux. La baryte arrive rapidement au niveau du bulbe, mais elle met un certain temps à passer dans la deuxième portion. Quand elle y arrive, elle y fait un séjour prolongé, elle est soumise à un brassage intense, qui lui imprime des mouvements de va-et-vient de haut en bas et de bas en haut. Bref, pendant toute la durée de l'examen radioscopique (quarante-cinq minutes) la deuxième portion du duodénum contient de la gélobarine. On ne note pas, même sur une radiographie, de déformations appréciables de cette portion. Mais la palpation sous écran y réveille une douleur assez nette.

Une intervention est décidée avec le diagnostic d'ulcère probable du duodénum, sans doute de la deuxième portion.

L'opération est retardée à raison d'une bronchite aiguë, et elle est pratiquée seulement le 2 novembre sous-anesthésie à l'éther.

A l'ouverture du ventre, l'estomac et le pylore sont normaux, sur la région sus-mésocôlique de la deuxième portion du duodénum, on trouve des adhérences nombreuses; il y a, en particulier, deux brides qui unissent la vésicule à la paroi

externe du duodénum sur laquelle elles se sont fortement implantées. Elles sont distantes à environ 1 centimètre et entre elles une portion libre de duodénum fait hernie entre ces zones scléreuses. On détruit ces adhérences. La vésicule libérée est saine. Sur la face postérieure du duodénum on trouve encore des adhérences fibreuses et une vascularisation très abondante. Les autres segments du duodénum sont rouges, il y a des ganglions dans les mésos.

On pratique une gastro-entérostomie postérieure avec exclusion du pylore au crin. On fixe l'utérus par les ligaments ronds (opération de Baldy). L'appendice paraissant malade est enlevé. (L'examen histologique confirme d'ailleurs ces apparences et montre une appendicite folliculaire des plus nettes) (Professeur Sabrazes.)

Suites normales, sauf une rétention d'urine temporaire. La malade ne souffre pas actuellement, mais il est encore bien tôt pour juger des résultats. Les troubles antérieurs n'ont pas reparu.

OBSERVATION XXXIX

(COMBY, Cas IV.)

M^{me} B..., 51 ans.

Souffre du ventre depuis vingt ans. Elle a des troubles digestifs qui sont presque continus, avec seulement quelques intervalles de bonne santé tous les deux ou trois mois.

Elle éprouve des douleurs post-prandiales précoces, qui sont caractérisées par une sensation de pesanteur épigastrique, du ballonnement, des aigreurs, des nausées avec renvois sans vomissements. Souvent, en dehors de ces accidents, elle éprouve de véritables douleurs tardives, apparaissant

quatre ou cinq heures après les repas, comparables à une sensation de torsion siégeant dans la région épigastrique avec irradiation vers l'hypochondre gauche.

Ces accidents suivaient seulement le repas de midi et n'apparaissaient presque jamais le soir, ces troubles ont persisté pendant vingt ans, restant indifférents à toute thérapeutique; cependant, il y a deux ans, sur le conseil d'un médecin elle se mit en décubitus latéral droit après chaque repas, ce changement de position calmant, pendant un certain temps ces douleurs, lui permit de s'alimenter et d'engraisser de 5 kilos. Mais, depuis six mois, ce traitement est devenu inefficace et n'a pas empêché le retour des douleurs, plus intenses que jamais. Elle en est venue à ne plus pouvoir manger, tant la prise des aliments provoque des réactions pénibles; elle a maigri de 13 kilos en cinq ou six mois.

Le diagnostic d'ulcère duodénal probable est porté, et une intervention est décidée; elle est pratiquée le 5 août 1929.

A l'ouverture du ventre, on découvre un estomac normal, mais des adhérences unissent à la face inférieure du foie le cap du duodénum; on constate que ces adhérences viennent s'implanter sur un ulcus étoilé qui siége sur la face externe de D², un peu au-dessous du genu superius. On découvre, en outre, une périoduodénite assez intense, même dans la région sous-mésocôlique.

L'estomac et le duodénum sont rouges. On détruit les brides des plus importantes, on fait une gastro-entérostomie postérieure transmésocôlique, suivie d'exclusion du pylore au crin, et l'on constate alors que la troisième portion du duodénum reste très dilatée et, de crainte que la malade ne fasse une distension et une occlusion duodénale, on fait une duodéno-jéjunostomie complémentaire.

OBSERVATION XL

(COMBY, Cas VII.)

P. C..., 59 ans, cultivateur, entre à l'Hôpital le 26 février 1929 pour des douleurs gastriques.

Les accidents ont débuté il y a six ans.

Les douleurs surviennent quatre heures environ après les repas et durent toute la soirée et toute la nuit, elles ne sont pas calmées par le repos du soir. A l'heure des repas, crampes douloureuses violentes calmées par la prise d'aliments. Jamais le patient n'eut de vomissements ni de régurgitations acides.

Les douleurs accusent souvent le caractère de douleurs en broche, partant de l'hypochondre droit.

Les crises douloureuses sont séparées par des accalmies de durées variables (quinze jours à trois mois). Il n'y a jamais eu de mélæna apparent, le malade est très constipé, et a beaucoup maigri, 5 kilogrammes depuis le 11 novembre. Depuis lors, il est incapable de tout effort.

L'examen révèle un amaigrissement très marqué. L'abdomen est souple, il existe simplement un point douloureux au niveau de la région vésiculaire sans contracture musculaire.

Présence de liquide dans l'estomac à jeun.

Examen radioscopique : Présence d'une petite quantité de liquide de stase, l'estomac est normal, avec des contractions violentes. Le bulbe duodénal paraît déformé et attiré vers le haut, il est douloureux. Le lait opaque passe cependant et on ne note pas d'altération au niveau des autres portions du duodénum. Stase gastrique six heures après le premier examen.

Intervention (le 12 mars 1929) : L'estomac est normal, sans périgastrite. Le duodénum est induré, blanchâtre, avec épaissement péritonéal au niveau du pédicule hépatique. La deuxième portion est adhérente à la vésicule qui est normale. Au cours de l'exploration du duodénum, exploration très douce, ce duodénum se rupture largement au niveau d'un ulcère siégeant sur la deuxième portion; section du duodénum au niveau de la rupture. Suture difficile et non satisfaisante. Résection large de l'estomac, anastomose jéjuno-gastrique à la Polya. Mèche et drain au contact du moignon duodénal. Fermeture en un plan.

La pièce montre, outre l'ulcération au niveau de la rupture, une autre ulcération au-dessous du genu supérieur pour laquelle l'examen histologique a révélé : « Vaste érosion dans laquelle les glandes sont raréfiées. La surface est recouverte d'un exsudat fibrino-hématique, lacuno-scléreuse. Semis de lymphocytes. Sur les bords on note la présence de quelques ectasies glandulaires. Pas d'évolution maligne.

Voici un cas tout à fait typique qui a été publié par LEFÈVRE, VERGER et A. LAPORTE.

OBSERVATION XLI

(LEFÈVRE, VERGER et A. LAPORTE.)

M. C..., chauffeur, âgé de trente-deux ans, entre à l'hôpital le premier décembre 1934, pour une crise gastrique.

Le début des troubles remonte à quatre ans. A ce mo-

ment, le malade avait des crises douloureuses durant quinze jours à trois semaines et qui survenaient trois à quatre fois par an. Elles étaient séparées par des intervalles de deux à trois mois, où le malade jouissait d'une parfaite santé. Chaque crise se caractérisait par des douleurs vives, à type de brûlures, siégeant au niveau de l'épigastre, s'irradiant en arrière dans la région lombaire droite. Ces douleurs apparaissaient deux à trois heures après le repas; elles étaient calmées par des alcalins ou par l'ingestion d'aliments. Elles étaient particulièrement intenses la nuit. Ni vomissements, ni regurgitations.

En juillet 1934, le malade présente une crise plus longue que les précédentes. Les douleurs sont presque continues, l'ingestion d'aliments ne les calme plus. Regurgitations acides. Le malade entre à l'hôpital, il y est traité médicalement.

Vers le 15 novembre apparaît une nouvelle crise qui décide le malade à entrer de nouveau à l'hôpital.

L'examen révèle simplement une douleur dans la région épigastrique avec contracture de la paroi.

A l'examen radiologique nous n'avions pas vu au niveau de la deuxième portion du duodénum, à un doigt au-dessous du genu superius, une double niche qui correspondait au maximum de la douleur. Toute cette portion est rigide. Stase dans la troisième.

A l'intervention, un décollement pancréatico-duodénal permet de sentir, par le palper bidigital, une grosse induration et un cratère dans lequel entrait la pulpe du doigt. Duodénotomie exploratrice : ulcère typique siégeant sur le bord interne du duodénum.

Enfin, dans les douze cas publiés par WOLKE, nous relevons trois observations (cas III, X, XII) revêtant cette forme.

OBSERVATION XLII

(WOLKE, Cas III.)

A. E. A., homme de soixante ans consulté en décembre 1927. Deux mois avant l'examen, tension et douleurs dans l'épigastre indépendantes des repas. Souffre aussi la nuit. Les douleurs s'irradient dans le dos.

A l'examen : l'état général est bon. Sensibilité de la partie supérieure de l'épigastre.

Repas d'épreuve : 50 cc. bien digéré; congo +; acide chlorhydrique libre 50; acidité totale 63; Weber négatif.

Radiographies : ulcère post-bulbaire.

OBSERVATION XLIII

(WOLKE, Cas X.)

K. G. K., homme de soixante et un ans. Entré le 23 janvier 1935.

En 1923: douleur diffuse dans le ventre. Après avoir suivi un régime, reste bien jusqu'en 1933. Depuis, douleurs dans la fosse iliaque gauche avec irradiations vers l'épigastre. Renvois acides. Pas de vomissements.

Radiographies : Ulcère du début de la deuxième portion du duodénum.

Opération le 30 janvier 1935 : On trouve dans la paroi postérieure du duodénum un ulcère calleux qui pénètre et infiltre la tête du pancréas.

OBSERVATION XLIV

(WOLKE, Cas XII.)

I. S. A., femme âgée de trente ans.

En janvier 1924 douleurs épigastriques indépendantes des repas. Douleurs légères, durant d'un quart d'heure à une heure, avec irradiations à droite dans le dos.

En octobre, douleurs analogues.

En décembre entrée à l'hôpital : améliorée par le régime.

Dépuis mai 1926 aggravation. Entrée à l'hôpital : repas d'épreuve : acide chlorhydrique libre 69; acidité totale 89. Weber négatif.

Puis reste sans symptômes.

Mais en automne, nouvelle aggravation avec nausées et douleurs épigastriques. Repas d'épreuve : acide chlorhydrique libre 47; acidité totale 65.

Va bien ensuite.

En septembre 1927 : nouvelle poussée.

Radiographie : Ulcère de la deuxième portion du duodénum.

Opération le 14 octobre 1927 : Ulcère de la paroi postérieure du duodénum adhérent au pancréas

Parmi nos trente cas personnels, cinq fois il nous a été impossible de vérifier le caractère périodique de l'évolution de l'ulcère,

Les périodes douloureuses durent en moyenne de huit à quinze jours (observations I, III, IV, VIII, XII, XIV, XVI, XXIV, XXVIII, XXIX, XXX).

Parfois elles sont plus brèves (observations VI, VII, XI, XIII) ou au contraire plus longues (observations II, V, IX, XV, XVII, XVIII, XXII, XXIII, XXVI, XXVII).

Les douleurs, rythmées par les repas, sont habituellement semi-tardives (75 % des cas).

Les périodes de calme sont en général de deux à quatre mois (Observations I, VI, VII, IX, XI, XII, XVII, XIX, XXVII); elles peuvent être plus courtes (observations IV, X, XIII, XV) ou plus prolongées (observations V, VIII, XIV, XXVIII, XXIX).

Dans la plupart des cas, les douleurs se manifestent sous forme de crampes, de torsions. Parfois elles ne sont qu'une simple sensation de gêne, de pesanteur comme on pourra le voir plus loin (observations II, X, XI, XV). Dans d'autres cas elles sont très intenses, obligeant le malade à se plier en deux (observations III, V, VII, XXII).

Formes atypiques.

Les formes atypiques groupent les cas d'ulcères duodénaux post-bulbaires dans lesquels un symptôme normal ou anormal donne un caractère spécial évolutif (forme atténuée, forme latente, forme nauséuse, forme ictérique) ou bien des cas avec coexistence de lésions d'autres organes (formes avec lésions hépato-vésiculaires, formes avec lésions pancréatiques) enfin les cas où se manifestent une complication (formes hémorragiques, forme sténosante, forme perforante).

Forme atténuée.

Dans cette forme, le sujet souffre à peine, se plaint de quelques brûlures, de troubles vagues, de pesanteurs, et pratiquement ne se considère pas comme malade.

Nous relevons une observation dans l'article de WOLKE (cas IV).

OBSERVATION XLV

(WOLKE, Cas IV.)

K. A. J., homme de quarante et un ans, entre le 27 décembre 1929,

Pendant deux ans, histoire de coliques néphrétiques avec perte de calculs. De temps en temps fortes douleurs dans la partie droite de l'épigastre avec irradiations dans le dos.

Deux semaines avant l'entrée, douleurs épigastriques différentes de celles éprouvées durant les crises de coliques néphrétiques : sensation d'agitation dans l'épigastre.

Examen : L'état général est bon. Sensibilité autour de l'ombilic. Weber négatif (il deviendra positif un mois plus tard). Pyélographie négative.

Radiographies : Ulcère de la deuxième portion du duodénum.

Pendant son séjour à l'hôpital, le malade a plusieurs coliques néphrétiques avec émission de calculs par les urines.

Le 3 avril 1930 sortie de l'hôpital sans trouble avec prescription d'un régime.

Dans la suite, pas de trouble provoqué par l'ulcère, mais de temps en temps coliques néphrétiques.

Vérifications radiologiques de l'ulcère à plusieurs reprises : toujours petite niche et lumière étroite au niveau de la niche.

Repas d'épreuve : Congo positif; acide chlorhydrique libre 22; acidité totale 34.

Parmi nos observations personnelles nous pouvons publier deux cas de forme atténuée d'ulcère post-bulbaire (observations X, XI).

OBSERVATION X (inédite)

Consultation du docteur Gutmann, Clinique Chirurgicale de la Salpêtrière.

M. Mai..., âgé de trente-neuf ans, comptable, est venu nous consulter le 15 octobre 1935 pour des troubles vagues datant

de quelques mois : tantôt un point de côté droit, tantôt une pesanteur épigastrique après les repas. Ces troubles surviennent une ou deux fois par mois. Pas de modification de l'appétit. Selles normales. Tempérament nerveux.

L'examen reste négatif.

Les clichés (fig. 21) montrent un ulcère du *genu superius*. Type d'ulcère immédiatement post-bulbaire avec petit duodénum mobile (ne pas confondre avec un gros bulbe biloculaire).

OBSERVATION XI (Inédite).

(Docteur GUTMANN.)

M. Elk..., âgé de trente et un an, est fatigué depuis cinq à six ans. Ses digestions sont longues. Aucune douleur, pas de pesanteur, pas de constipation. Mauvaise haleine habituelle.

Depuis trois ans à peu près, trois à quatre fois par an, il est réveillé la nuit par quelques troubles vagues qui persistent jusqu'à l'après-midi du lendemain, qui se renouvellent pendant trois à quatre nuits seulement. Ces petites poussées sont améliorées par la belladone et des poudres pour plusieurs mois.

Amaigrissement de un kilogramme et demi en deux mois. Le malade est fatigué, anorexique. Il ne tousse pas, n'a pas de fièvre.

L'examen clinique est négatif.

Les selles et le sang sont normaux.

Sur les clichés on voit une niche fissuraire du *genu superius*. A noter la visibilité de l'ampoule de Vater (fig. 22).

Forme latente.

L'ulcère duodénal post-bulbaire peut même évoluer de façon tout à fait latente, jusqu'au jour ou brusquement, il se manifeste sous les signes d'une péritonite dramatique; c'est la forme perforante d'emblée. On en trouve trois exemples dans la littérature.

OBSERVATION XLVI

(LAGOUTTE.)

M. D..., âgé de trente-trois ans, est transporté d'urgence à l'hôpital, le 10 novembre 1911, avec un syndrome de péritonite aiguë typique (douleur brusque et intense, faciès anxieux, ventre de bois...). Le pouls est bon, la température est 37°,5. Le diagnostic de perforation viscérale s'impose, mais quel en est le siège ?

Le malade, la veille en bonne santé, ne souffre habituellement pas de l'estomac.

A l'opération on trouve du liquide séro-purulent abondant. L'appendice est sain. On voit de la bile sortir par un orifice de la dimension d'une lentille située sur la face antérieure de la deuxième portion du duodénum. Cet orifice, à bords taillés à l'emporte-pièce, siège au centre d'une petite masse indurée.

OBSERVATION XLVII

(DUCASTAING.)

M. L. F..., âgé de 23 ans.

Pas de troubles gastriques antérieurs. Brusquement, douleurs violentes dans la région épigastrique, diffusant bientôt dans tout l'abdomen. Vomissements alimentaires, puis bilieux.

Ventre contracté et dur. Pouls à 76. Température à 37 degrés.

Intervention: Dès l'ouverture du péritoine s'écoule un flot de liquide brun-verdâtre, nettement biliaire. Appendice rétro-cœcal très enflammé. Appendicectomie. Exploration négative de l'estomac, de la vésicule, du bulbe. Découverte d'un ulcère perforé à la face antérieure de la partie moyenne de la deuxième portion du duodénum.

En rapportant l'observation précédente, P. MOULONGUET dit avoir suivi un cas analogue.

OBSERVATION XLVIII

(MOULONGUET.)

Ulcère calleux de la deuxième portion du duodénum: malgré la précocité relative de l'intervention (dixième heure), on a trouvé une inondation péritonéale de liquide fétide. On a pu suturer la perforation, mais le malade est mort la nuit suivante.

Forme nauséuse.

Nous avons individualisé cette forme à cause d'une de nos observations (observation XV) qui est vraiment typique. Signalons toutefois qu'elle ne revêt pas le type nauséux pur, mais plutôt une forme ictéro-nauséuse :

OBSERVATION XV (Inédite).

(Docteur GUTMANN.)

M. Bou..., âgé de quarante et un ans, boulanger, se plaint depuis douze ans, par périodes de quinze jours à un mois, de nausées survenant en mangeant ou tout de suite après.

Ces crises nauséuses sont séparées par des intervalles de un à deux mois.

Les nausées coïncident avec des douleurs épigastriques se produisant deux heures après les repas, quelquefois la nuit.

Il y a trois ans, pendant une crise, le malade fait un ictère apyrétique qui dure quelques jours.

Un premier examen radiologique conclut à la possibilité d'un ulcère, « à cause de la spasmodicité de l'estomac », mais ne décele pas de lésion typique.

A l'opération, le docteur Modiano, ne trouvant rien à l'estomac ni au bulbe, referme.

Le malade continuant à souffrir est montré au docteur Gutmann qui, sur l'examen des premiers clichés conclut à la probabilité d'un ulcère de la deuxième portion du duodénum avec aspect rétréci au niveau de cette portion.

Un nouvel examen radiographique décèle une niche post-bulbaire typique du début de la deuxième portion du duodénum (fig. 32 et 33).

Cette observation montre l'intérêt d'un diagnostic radiologique correct avant l'opération, le chirurgien, non guidé, pouvant au cours de l'intervention, ne pas déceler la lésion.

Forme ictérique.

L'ulcère duodénal post-bulbaire peut s'accompagner d'un symptôme spécial, l'ictère, qui ajoute une difficulté assez grande à son diagnostic. C'est là une éventualité peu fréquente.

GALLART-MONÉS en a rapporté un cas; voici son observation :

OBSERVATION XLIX

(GALLART-MONÉS.)

André M. N., cinquante ans, tailleur.

Sans antécédent pathologique antérieur.

Il y a dix ans, gênes épigastriques obligeant le malade à prendre des alcalins.

Puis, trois à quatre ans plus tard, nouveaux symptômes, acidité, vomissements aqueux, douleurs très rares. Il passe des périodes de bien-être absolu.

Il y a cinq ans, douleurs abdominales très intenses (pan-topon), vomissements, parfois rétention d'urines. Bien durant quinze jours, quelques rares douleurs tardives.

L'année dernière chaque quinze à vingt jours, il y a des accès de froid, de chaleur, de sueur; pigmentation des urines : température à 39°.

Il y a un mois ces accès deviennent journaliers; parfois ils sont accompagnés de douleurs dans l'hypochondre droit, apparition d'un ictère franc.

La dernière crise était caractérisée par une douleur dans l'hypochondre droit, spontanée et provoquée; frissons, chaleurs, sueurs; température à 40°; ictère complet avec rétention de pigments.

L'examen ne révèle que la douleur dans l'hypochondre droit.

La cholécystographie, après absorption de tétraïode, est négative à la douzième et seizième heure.

L'examen radiographique montre une périoduodénite intense au niveau des première et troisième portions du duodénum, se traduisant par un rétrécissement de ces deux segments duodénaux et une dilatation marquée de la deuxième portion dans laquelle la bouillie barytée stagne très longtemps.

Les renseignements cliniques et radiologiques orientent le diagnostic vers une lésion primitive des voies biliaires.

A l'opération, on trouve un ulcère de la deuxième portion du duodénum avec une grande périoduodénite; rien à la vésicule.

Parmi les dix observations de COMBY, nous relevons deux cas de forme ictérique (cas III, VI).

OBSERVATION L

(COMBY, Cas III.)

F... M., 39 ans, instituteur.

Vu pour la première fois en juin 1925. Etat d'anxiété avec embarras gastrique léger, sursaturé de gêne rétrosternale faisant croire au malade qu'il n'a qu'une affection cardiaque ou aortique (ce qui n'était pas le cas).

Estomac un peu distendu (aérophagie), non clapotant, absolument indolore, de même que le pylore et le duodénum.

Teint cholémique, léger subictère conjonctival, foie non augmenté, mais légèrement sensible tout le long de son bord inférieur.

Douleurs vagues dans la région lombaire, urines peu abondantes, foncées, ne renfermant ni sucre, ni albumine, dépôt abondant d'oxalates.

Régime habituel des hépatiques. Théobromine, cure de lavage à l'eau de Vittel. Extraits biliaires.

Tout rentre dans l'ordre en quelques jours.

De 1925 à début 1929 : Rien de bien spécial, sauf des crises périodiques de dépression, peu graves d'ailleurs. De temps à autre, réapparition des symptômes pour lesquels le malade avait consulté, toujours avec une prédominance hépato-biliaire, s'accompagnant parfois d'un peu de fièvre avec quelques frissons et même, à une ou deux reprises, de selles décolorées (juin 1926).

Aucun symptôme subjectif ou objectif d'une lésion gastrique ou duodénale.

Brusquement, le 2 avril 1929, au cours d'une très bonne période, sans aucun prodrome, melæna très abondant, donnant lieu à deux ou trois selles copieuses avec cortège de symptômes habituels, pâleur, état syncopal, etc... Traitement classique, lit, glace, diète, hémostyl, etc...

Le jour même de l'accident, aucun point douloureux subjectif ou objectif à l'examen.

Les jours suivants, aucun trouble subjectif, mais constatation d'une douleur provoquée par la palpation à la hauteur de l'ombilic et à droite de ce dernier, un peu au-dessous du point douloureux trouvé habituellement en cas d'ulcus du bulbe duodénal. En même temps, légère contracture du grand droit sans réaction péritonéale. Pas de fièvre.

Le malade est maintenu au lit, au régime lacté, on prescrit des plâtrages bismuthés et le traitement habituel de l'ulcus.

Aucun incident pendant environ trois semaines, amélioration considérable de l'état général.

La recherche du sang dans les selles pratiquée à plusieurs reprises reste négative de façon constante.

Le 6 mai, brusquement, au milieu de la nuit, malaise, vomissement, au cours duquel le malade rend son dîner (pas de sang), diarrhée (pas de sang).

Le lendemain matin, fièvre légère (37°,9). Douleur vive à la palpation de la région vésiculaire, avec contracture musculaire assez intense, bord du foie abaissé, teint jaune, urines foncées, poussée d'angiocholite légère évoluant sans symptômes généraux très marqués durant trois semaines environ. Progressivement la fièvre disparaît, mais on trouve toujours une douleur dans la région vésiculaire, et l'état du malade reste moins bon que dans la période qui a suivi le melæna.

On propose une intervention.

Examen radiologique : Estomac normal morphologiquement et fonctionnellement. Pas de lésions reconnaissables au niveau du bulbe duodénal, même sur les clichés radiographiques. A la palpation, douleur diffuse, légère, s'étendant au bulbe, à l'angle duodénal supérieur, et à la deuxième portion du duodénum. Vésicule invisible sur les clichés. Pas de calculs visibles.

En outre, point douloureux dorsal au voisinage de la pointe de l'omoplate.

Le diagnostic d'ulcus duodénal est porté et une intervention est décidée.

A l'ouverture du ventre, l'estomac est normal, le bulbe duodénal est rouge. On trouve la deuxième portion dans un feutrage d'adhérences souples, très enflammées, qui réunissent la vésicule à la face antérieure de ce duodénum, on détruit les brides, on libère la vésicule, on décolle le duodénum et l'on trouve sur sa face postérieure d'autres adhérences. On ne sent pas l'ulcère, mais on ne cherche pas avec trop d'insistance pour éviter de manipuler longtemps ce foyer d'inflammation.

Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique et pylorectomie.

Sur le segment du duodénum extirpé, on trouve seulement une muqueuse rouge, mais pas d'ulcération.

Les suites sont agitées, le malade fait de la température qui monte progressivement, cependant il n'a aucun signe de péritonite, ne vomit pas, rend des gaz et va à la selle le troisième jour. Il ne présente pas non plus de signes d'infection pulmonaire, mais son état s'aggrave cependant, des signes d'infection générale apparaissent et il succombe le quatrième jour avec une hyperthermie de $41^{\circ},2$, dans un tableau de septicémie suraiguë.

La nécropsie n'a malheureusement pas pu être pratiquée.

Néanmoins, les signes cliniques, les constatations opératoires, ne nous laissent guère de doute sur l'existence d'un ulcus de la deuxième portion du duodénum.

OBSERVATION LI

(COMBY, Cas VI.)

C... F..., 14 ans.

Pour la première fois, en mars 1929, ce jeune garçon est pris, deux heures après le repas, de douleurs comparées à des brûlures et à de violents tiraillements un peu au-dessus et à droite de l'ombilic; ces douleurs, qui durent environ un quart d'heure, sont suivies de vomissements aqueux, qui les font disparaître.

Auparavant, le petit malade n'avait jamais éprouvé quelque trouble que ce fût au cours de ses digestions, il était seulement d'un naturel constipé. Dans ses antécédents on ne relève pas d'affections particulières, il avait toujours été très bien portant.

Pendant les mois qui suivent ces douleurs et ces troubles digestifs vont persister avec plus ou moins d'intensité.

Les douleurs apparaissent par périodes de plusieurs jours, plusieurs semaines, avec quelques rares intervalles d'excellente santé où l'appétit revient entier. Le maximum de latence est une dizaine de jours consécutifs en mai, pendant lesquels le malade peut prendre de tout. Au contraire, quand il est dans ses crises le malade peut à peine s'alimenter, il souffre presque toute la journée de son hypochondre droit où la douleur est la plus intense, mais elle s'irradie aussi à l'épigastre et dans le dos à la pointe de

l'omoplate droite. La douleur est d'emblée maximum dès la prise d'aliments et dure tout le temps de la digestion. Elle est atténuée par la prise de bilifluine et le décubitus ventral, elle est arrêtée par des vomissements non alimentaires mais aqueux. Tout le reste de la journée, la douleur assez atténuée, n'est plus qu'un simple malaise particulièrement à la fin de la matinée, et, la nuit elle n'empêche pas le sommeil. Les vomissements sont toujours précoces, sans rapport avec la quantité des aliments, quand ils doivent survenir ils suivent de près l'apparition de la douleur. Ils se font sans effort en plusieurs temps, deux ou trois fois ils ont été accompagnés de bile.

Si la digestion se poursuit, elle est pénible, marquée par de la flatulence et des éructations gazeuses; l'haleine est extrêmement fétide et la langue saburrale.

La constipation persiste, elle est plus marquée encore au moment des crises. Presque toutes les selles contiennent des filets de sang, à peu près rouge, même quand les crises sont passées.

A la fin du premier mois de cet état pathologique, on note un ictère assez marqué avec décoloration des matières, qui dura une dizaine de jours.

L'état général a assez sérieusement décliné, le petit malade anémié a maigri de 5 kilos, entre mars et juillet. Il est devenu asthénique et ne mène plus aucune vie active, est toujours préoccupé par ses douleurs, souvent il reste allité pour moins souffrir.

Jamais il n'a eu de température. Aucune thérapeutique ne le calme. Son état reste ainsi avec des hauts et des bas. Comme les douleurs deviennent plus intenses, il s'alimente peu ou prou.

L'examen radioscopique permet de localiser les troubles au niveau du duodénum, particulièrement de sa deuxième

portion qui se révèle nettement douloureuse à la palpation et sur laquelle on constate des mouvements de brassage très nets accompagnés d'une stase duodénale assez importante.

Le diagnostic d'ulcus duodénal est porté et une intervention est décidée.

Elle est pratiquée le 21 juillet 1929.

A l'ouverture du ventre, l'estomac apparaît sain jusqu'au pylore, mais, à partir de celui-ci, le duodénum, dans sa première portion, est très enflammé. Quant à la deuxième portion, elle est complètement invisible, englobée dans un feutrage d'adhérences qui l'unissent à la vésicule. Les adhérences assez lâches sont rompues, on libère la vésicule, qui est saine et ne contient pas de calculs, quant à la paroi duodénale, elle apparaît alors plus enflammée encore que la première portion avec des formations membraneuses à sa surface. On pratique une gastro-entérostomie postérieure, transmésocolique et une exclusion du pylore au crin.

Personnellement, nous avons observé trois cas de forme ictérique d'ulcère duodénal post-bulbaire. Dans l'un d'eux (observation XIV), le diagnostic clinique fut fait avant les examens radiologiques qui le confirmèrent. Les deux autres cas (observations XII, XIII) sont caractérisés par le mode de début ictérique de l'affection ulcéreuse et la concomittence d'un ictère conjonctival avec les crises douloureuses qui sont à type de brûlures suivies de crampes. Dans un de ces cas (observation XII) le malade présentait, en plus, des signes d'insuffisance pancréatique.

OBSERVATION XII (Inédite.)

*Consultation du Docteur Gutmann. Clinique Chirurgicale
de la Salpêtrière.*

M. Aup..., âgé de cinquante et un an, marchand de vins, est venu nous consulter le 2 février 1937.

Il y a huit ans, souffre pour la première fois de sa vie, il a la jaunisse; il se plaint de douleurs localisées sous le rebord costal droit s'irradiant dans le dos. Ces douleurs surviennent cinq à six heures après les repas, pendant trois jours environ. Elles sont peu intenses, à type de brûlures; elles s'accompagnent de nausées et de subictère des conjonctives.

Des crises semblables se repètent tous les trois ou quatre mois et durent une semaine environ avec les mêmes caractères que les précédentes.

Depuis une année, les douleurs deviennent plus intenses, s'accompagnant toujours de nausées et de subictère des conjonctives, de vomissements.

Constipation habituelle. Pas d'éthylisme avoué. Amaigrissement de dix kilogrammes.

A l'examen clinique, point de Murphy très net.

Examen coprologique : Insuffisance de digestion des fibres musculaires et des graisses neutres. Légères fermentations acides. Kystes de lamblias.

Les clichés radiographiques montrent la présence d'un ulcère de la deuxième portion du duodénum, au niveau du genu superius. De face (fig. 23), on devine la niche. De profil (fig. 24), elle apparaît nettement sur un aspect inflammatoire rétréci de la partie duodénale avoisinante.

Notre malade est donc porteur d'un ulcère post-bulbaire avec manifestations hépatiques et pancréatiques.

Il est revu le 6 avril 1937, après avoir suivi le régime, ayant eu une série d'injections intraveineuses de solupro-tine, les signes cliniques ont complètement disparu.

OBSERVATION XIII (Inédite.)

(Aimablement communiquée par le Docteur JAHIEL.)

*Consultation du Docteur Gutmann. Clinique Chirurgicale
de la Salpêtrière.*

M. Sul..., âgé de quarante-neuf ans, représentant, vient nous consulter le 7 décembre 1936 pour des douleurs siégeant au creux épigastrique.

En 1930, le malade a eu pendant deux mois la jaunisse.

Depuis cette époque, il se plaint de crises douloureuses épigastriques qui se reproduisent tous les un ou deux mois et durent quatre à huit jours.

Les douleurs sont d'abord à type de brûlures puis à type de crampes. Elles sont tardives, survenant même la nuit, et calmées par l'ingestion d'aliments.

Les crises s'accompagnent de nausées et d'ictère conjonctival.

Il y a cinq mois le malade fait un melæna abondant de sang rouge qui nécessite son hospitalisation.

A l'examen clinique on trouve un point douloureux siégeant au niveau de la région épigastrique droite et un point appendiculaire net.

Les clichés (fig. 20) montrent une niche typique siégeant

sur la partie haute de la deuxième portion du duodéum, entourée d'une image de rétrécissement inflammatoire de celui-ci.

Un examen radioscopique de contrôle, confirme l'existence d'un ulcère haut placé de la deuxième portion duodénale immédiatement au delà du genu superius.

On conseille l'intervention. Le malade est mis pour un mois aux injections de laristine.

OBSERVATION XIV (Inédite.)

Consultation du docteur Gutmann, de l'Hôtel-Dieu.

M. Fli..., âgé de trente-quatre ans, bonnetier, vient consulter le vingt et un avril 1937.

Il se plaint de douleurs épigastriques survenant tous les jours, depuis le seize avril, quatre heures environ après les repas et le réveillant la nuit vers une heure du matin.

Ces douleurs, à type de crampes, siègent au niveau du creux épigastrique sur la ligne médiane et s'irradient vers la droite. Elles durent environ une demi-heure. L'absorption d'alcalin les calme.

Jamais de vomissement. Ni hématomèse, ni melaena.

Le malade fait en ce moment sa troisième crise douloureuse. La première eut lieu il y a cinq ans. Elle fut accompagnée d'ictère. La deuxième remonte à six mois et a duré une semaine.

En dehors des poussées le malade ne ressent aucune douleur.

L'ictère accompagnant la première crise aurait duré six

mois et les phénomènes douloureux concomitants étaient les mêmes.

Pas d'éthylisine, pas de spécificité.

L'examen clinique est négatif.

A la radioscopie : Estomac hypertonique; parois gastriques souples, indolores au palper sous l'écran; pas de déformation à ce niveau. Les contractures gastriques s'établissent normalement, elles sont fortes et efficaces, le bulbe s'emplit bien dans les premiers passages. Pas de sensibilité dans la région pyloro-duodénale; l'évacuation est normale.

Devant le tableau clinique nettement ulcéreux avec irradiations douloureuses à droite et la notion d'ictère lors de la première crise, nous portons le diagnostic d'ulcère post-bulbaire très probable.

L'examen radiographique montre une niche post-bulbaire très mal remplie mais constante sur tous les clichés (fig. 28).

Formes avec lésions de voisinage.

Nous étudierons ici les formes avec lésions hépatovésiculaires et les formes avec lésions pancréatiques.

1° Formes avec lésions hépatovésiculaires.

Dans un assez grand nombre de cas, l'ulcère duodéal post-bulbaire s'accompagne de répercussions sur le foie et sur la vésicule biliaire.

Dans notre statistique personnelle de trente cas, nous avons noté six fois un point de Murpluy net (Soit 20 %).

Mais nous ne rangeons ici que les cas où les lésions hépato-vésiculaires (cirrhose, cholécystite et péri-cholécystite) se manifestent assez nettement pour dominer le tableau clinique.

MACCARTY admet que les cirrhoses peuvent être causées par un ulcère du duodénum situé aux environs de l'ampoule de Vater. Voici l'observation qu'il a relatée :

OBSERVATION LII

(MACCARTY, Cas I.)

Il s'agit d'un homme de soixante ans qui a été opéré pour cholécystite dix-sept mois avant l'examen. Amélioré par l'intervention pendant six ou sept mois, il présentait de nouveau des douleurs épigastriques, de la jaunisse et des vomissements.

Nouvelle opération : La vésicule biliaire était distendue, le cholédoque dilaté et la tête du pancréas très dure. Le patient mourut le vingtième jour.

L'autopsie révéla une cirrhose marquée du foie, une cholécystite chronique, une pancréatite chronique, une congestion chronique de la rate et un ulcère de la deuxième portion du duodénum, au niveau de l'ampoule de Vater. Sténose complète du cholédoque à la base de l'ulcère.

HERTZ a signalé également un cas dans lequel l'ulcère post-bulbaire coexiste avec une cholécystite calculeuse.

OBSERVATION LIII

(HERTZ, Cas XXIII.)

M. E. J., cinquante-cinq ans, malade depuis seize ans.

Opération : Cholécystite calculeuse (œuf de poule).

Induration nette sur le bord supérieur de la première portion du duodénum, très près de l'angle de la première et de la deuxième portions.

Etant donné l'âge du malade, son degré d'affaiblissement et d'anémie, la profondeur de l'ulcère, les deux lésions : cholécystostomie, ablation des calculs, drainage; gastro-entérostomie postérieure transmésocolique.

Nous rapportons une de nos observations (observation XVI) dans laquelle le malade présente un état de sensibilité au froid pendant les crises douloureuses épigastriques; l'examen clinique nous montre une augmentation et une sensibilité hépatique très nettes.

OBSERVATION XVI (Inédite.)

(Docteur GUTMANN.)

M. Mich..., âgé de 63 ans, vient nous consulter au début de février 1934.

Il a depuis plus de vingt-cinq ans des séries de crises typiques d'ulcus.

En 1931, poussée de huit jours avec des vomissements incessants, sans fièvre. Les douleurs sont calmées par l'atropine.

Entre les crises douloureuses le malade peut manger de tout (même du homard, même du foie gras), sans en être incommodé.

Les selles sont pâteuses même pendant les périodes de calme.

Les cures hydrominérales de Vichy ont toujours eu des effets heureux.

Depuis les vacances dernières état de sub-crises. Le malade n'a ni prurit, ni migraine, ni asthme. Mais il est sensible au froid en temps de crise.

A l'examen clinique on note une augmentation du volume du foie, une sensibilité hépatique, un point douloureux dans la zone de Chauffard.

Une série d'injection de soluprotine met fin à cet état douloureux prolongé.

Le 13 mars 1934, la sensibilité au froid persiste. On ordonne une médication hépatique (drainochol, extrait hépatique) et anti-ulcéreuse (belladone, bismuth) qui soulage le malade en une semaine et l'améliore complètement en quinze jours.

Un mois et demi plus tard un nouvel examen permet de constater l'atténuation de la douleur provoquée au niveau de la tête du pancréas et une diminution du volume et de la sensibilité hépatique.

En janvier 1935, le malade est revu. Un traitement à Vichy l'a amélioré. Mais il a des démangeaisons et reste sensible au froid.

Au début 1937, poussée ulcéreuse typique, avec phénomènes hépatiques, qui dure près de deux mois. Le malade a trois selles matinales dont deux demi-liquides.

Sur les clichés on voit un ulcère du haut de la deuxième portion du duodénum avec image de duodénite tout autour de lui (fig. 15 à 18).

2° Formes avec lésions pancréatiques.

Dans cette forme, aux symptômes habituels sont venus s'en ajouter d'autres qui attirent l'attention du côté du pancréas. Citons l'ictère par rétention, l'intensité spéciale des douleurs, leur localisation plus médiane, la sensibilité provoquée à la pression de la zone pancréatique. Voici un cas observé par LEFÈBRE.

OBSERVATION LIV

(LEFÈBRE.)

Il s'agit d'un homme présentant tous les signes d'un ictère par rétention, avec ascite, grosse vésicule et tumeur sous-hépatique. Duodéno-pancréatectomie céphalique en deux temps. A l'examen des pièces, on constate un énorme ulcus calleux de la deuxième portion du duodénum avec pancréatite chronique et non un cancer.

Sept mois après l'intervention, l'opéré a engraisé de 6 kilogrammes. Il va bien.

Dans d'autres cas, la déficience de la sécrétion externe du pancréas est très accusée : amaigrissement marqué et rapide, matières fécales abondantes et grasses.

VIVIANI a rapporté un cas de ce type :

OBSERVATION LV

(VIVIANI.)

M. B. P. quarante-cinq ans.

Depuis plusieurs années, présente des crises passagères de sub-occlusion intestinale avec douleurs violentes dans l'hypochondre gauche. Vomissements biliaires. Réaction fébrile moyenne. Selles abondantes et grasses. Amaigrissement notable et rapide (20 kilogrammes). Le malade est très déprimé, pâle.

Dans la moitié droite de l'abdomen, on sent une masse volumineuse nettement élastique, parfois gargouillante, qui devient manifeste pendant les crises d'occlusion.

Examen des selles : Stéatorrhée intense; la recherche des hémorragies occultes est constamment et fortement positive.

Examen radiologique : Bulbe déformé, attiré à droite, mais non ulcéreux. Le duodénum descendant est ectasié jusqu'au genu inferius, là on voit une sténose. Ampoule de Vater visible.

A l'opération : Lésions de périviscérite et de pancréatite dues à un ulcère profond et perforé de la troisième portion du duodénum.

Enfin, voici une observation de MACCARTY dans laquelle l'ulcère post-bulbaire est associée à une cholécystite calculieuse et très probablement à un cancer du pancréas.

OBSERVATION LVI

(MACCARTY, Cas II.)

Le malade, âgé de 58 ans, présente depuis quatre ans, des crises de douleurs épigastriques intenses avec irradiations dans le dos. La dernière crise s'accompagne de vomissements.

A l'opération : la vésicule est drainée pour cholécystite calculieuse, une masse dure est sentie à la fin du cholédoque, masse que l'on pense être un carcinome de la tête du pancréas.

Mort le quatrième jour, à la suite d'une hémorragie intestinale (hématémèse, selles goudron).

A l'autopsie : ulcère de la deuxième portion du duodénum de 2 centimètres de diamètre.

Formes compliquées.

Les complications pouvant survenir au cours de l'évolution de l'ulcère duodénal post-bulbaire peuvent être rangées sous trois chefs : hémorragies, sténoses, perforations.

A) Formes hémorragiques.

A propos de ces formes, René-A. GUTMANN écrivait, il y a quelques années : « Je n'ai pas connaissance de faits publiés pouvant entrer dans cette classe et je n'en ai observé qu'un cas, d'ailleurs diagnostiqué et opéré. Si j'isole néanmoins cette forme, c'est que je trouve très judicieuse la remarque de VIVIANI que certaines hémorragies digestives, sans cause reconnue peuvent être avoir leur origine dans un ulcère de la deuxième portion du duodénum, qui, non sténosant, échappe à l'examen. Il ne s'agit que d'une hypothèse, il faut la retenir quand on cherche les causes d'une hémorragie digestive. »

Depuis lors, les travaux publiés sur la question, ainsi que l'observation personnelle de deux cas intéressants ont donné raison à l'hypothèse de notre maître.

Nous pouvons donc étudier cette forme avec plus de détails.

Mais avant d'aller plus loin, rappelons que si l'hémorragie est fréquente, que si elle peut parfois dominer le tableau clinique, elle n'est pas, ici comme ailleurs, un signe d'ulcère en dehors duquel, comme on le pense encore trop souvent, il n'est pas permis de poser le diagnostic : Ce n'est qu'une complication.

On peut diviser ces formes hémorragiques en deux groupes :

Dans le premier groupe, l'ulcère est connu et les hé-

morragies qui l'accompagnent peuvent être banales (forme hémorragique simple) ou donner lieu à des accidents, soit immédiats (forme hémorragique maligne), soit plus longuement évolutifs (forme anémique).

Dans le second groupe, l'ulcère n'est pas connu, l'hémorragie est : ou la seule manifestation dont on recherche la cause (forme hémorragique pure), ou la forme de début du syndrome ulcéreux (forme mixte).

1° Forme hémorragique simple.

Cette forme est caractérisée par des hémorragies sans grande gravité, n'entraînant pas de troubles persistants de l'état général, survenant au cours de l'évolution d'un ulcère duodénal post-bulbaire connu.

Dans la publication de WOLKE, nous en relevons un cas (cas VII).

OBSERVATION LVII

(WOLKE. Cas VII).

T. K..., femme âgée de 47 ans, entre à l'hôpital en novembre 1932.

Depuis un an environ, renvois acides. En septembre 1932, douleurs vives quatre à cinq heures après les repas, durant deux heures. Ces douleurs surviennent la nuit et quand le

malade à faim. Les selles ont été une fois comme du goudron.

L'examen radiologique montre un ulcère du début de la deuxième portion du duodénum.

Opération : Gastrectomie Bilroth II.

Voici un cas de forme hémorragique simple que nous avons pu observer (observation XVII).

OBSERVATION XVII (Inédite).

Consultation du docteur Gutmann, Clinique Chirurgicale de la Salpêtrière.

M. Bar... vient nous consulter le 19 janvier 1932.

Depuis sept ans, il souffre par périodes d'un mois, tous les jours, deux ou trois heures après les repas et la nuit. Les périodes douloureuses sont séparées par des intervalles de deux ou trois mois.

Trois ans après le début des troubles, hématomèse et mé-læna suivis d'une période de rémission de six mois.

A eu une autre hémorragie il y a quatre mois.

Souffre à nouveau depuis trois mois. Le malade a la jaunisse depuis quinze jours. Constipation habituelle.

L'examen clinique est négatif.

Examen de deux échantillons du liquide duodénal : premier échantillon (liquide opalescent) : pouvoir lipasique de dix, traces de trypsine, présence de pigments biliaires, ab-

sence de sels biliaires; deuxième échantillon (liquide clair) : pouvoir lipasique de quarante-six, trypsine digestion jusqu'à la huitième dilution, présence de pigments biliaires, absence de sels biliaires.

Les clichés radiographiques montrent une grosse déformation en baïonnette de la portion descendante du duodénum avec image de niche; périoduodénite intense (fig. 34 à 37).

L'intervention chirurgicale est faite le 8 février 1932 par le docteur Charrier : ulcère induré de l'angle des première et deuxième portions du duodénum avec périoduodénite et adhérences au fond de la vésicule, qui ne paraît pas contenir de calcul. Libération de la vésicule. Légère induration du diverticule postérieur de la tête du pancréas comprimant légèrement les voies biliaires. Gastro-entérostomie postérieure horizontale isopéristaltique au ras de la grande courbure, tout près du pylore. Suites opératoires normales.

Le malade est revu le 23 juillet 1932, il va bien.

2° Forme hémorragique maligne.

L'hémorragie prend ici d'emblée une allure extrêmement inquiétante ou se reproduit sans cesse, résistant à tous les traitements mis en œuvre.

Elle provoque une anémie telle que si l'on n'intervient pas d'urgence, opération d'un pronostic redoutable, le sujet peut rapidement succomber.

Nous relevons dans la littérature trois observations

d'ulcères duodénaux post-bulbaires revêtant la forme hémorragique maligne.

L'intervention d'urgence pratiquée dans un de ces cas (observation LX) n'évite pas la mort.

OBSERVATION LVIII (BOUSQUET et BROUSTET.)

Femme de 49 ans, entre le 16 novembre 1927, à l'Hôpital.

Le début de la maladie remontait à quinze jours. Elle avait été prise dans les premiers jours de nombreux vomissements d'abord bilieux et rares, puis alimentaires, presque continuels, à tel point que la malade rejetait à peu près tout ce qu'elle absorbait, solides ou liquides. Ces vomissements ne s'accompagnèrent tout d'abord d'aucune douleur. Mais deux ou quatre jours après leur réapparition, la malade commença à souffrir, elle ressentait, disait-elle, des douleurs qui partaient de l'hypochondre gauche pour venir se terminer dans le dos, revêtant presque le type de douleurs en ceinture. Les douleurs étaient très vives, au niveau des seins. La malade avait l'impression qu'on lui arrachait les deux seins. Mais ces douleurs restaient franchement transversales et n'eurent jamais aucune irradiation ascendante vers l'épaule droite ou descendante vers les grandes lèvres. Enfin, ces douleurs bien qu'à peu près continues avaient des exacerbations que la malade qualifiait de crises.

Elles n'étaient pas modifiées par l'absorption de lait, d'alcalins, de poudre inerte, de belladone, ni par des vomissements, seule la morphine pouvait les calmer ?

L'appétit n'avait pas disparu, la malade aurait volontiers mangé, ses vomissements seuls l'empêchaient d'absorber des aliments.

Jamais d'ictère depuis le début. En interrogeant la malade, nous apprîmes qu'elle avait déjà présenté des troubles analogues au mois d'août dernier. Elle eut alors, pendant une vingtaine de jours, des vomissements tantôt bilieux, tantôt alimentaires, toujours irréguliers, qui ne s'accompagnaient ni de douleur, ni d'ictère, ni d'anorexie, et disparurent brusquement à la suite d'un traitement banal (diète et purgation).

De septembre à novembre, bien qu'elle n'ait suivi aucun régime, elle ne présente aucun trouble.

A l'examen, nous nous trouvons en présence d'une femme très grasse, presque obèse, qui ne présentait pas de température, mais était très affaiblie.

Toute la moitié supérieure de l'abdomen était volumineuse, mais surtout dans les régions vésiculaires et pancréatique, il n'y avait pas de défense musculaire.

Par contre, toute la moitié inférieure de l'abdomen et le petit bassin étaient occupés par une masse dure, mobile, entraînant dans ses mouvements le col utérin, c'était probablement un volumineux fibrome.

Diverses hypothèses furent discutées qui pouvaient expliquer pareils troubles. On pensa qu'il n'y avait aucun rapport entre le fibrome et les accidents constatés et l'on s'arrêta au diagnostic de colique vésiculaire, en faveur duquel militaient le siège des douleurs, leur apparition brusque, l'absence de passé gastrique, l'âge, l'obésité de la malade.

Mais, avant qu'on ait le temps de faire aucun des examens complémentaires (dosage de la cholestérine, radio, etc.), des accidents nouveaux apparurent.

Dans la nuit du 18 au 19, la malade eut un mélæna abondant, suivi de lipothymie. Le 20, elle eut une hématomèse et les jours suivants selles et vomissements sanglants se renouvelèrent malgré la thérapeutique mise en œuvre, entraî-

nèrent des signes d'anémie aiguë au cours desquels la malade succomba le 23 novembre. Le docteur Charrier averti le 19, dès la première selle sanglante, ne voulut pas intervenir en raison du mauvais état général de la malade, fatiguée par quinze jours d'inanition, obèse et porteuse d'un gros fibrome.

La nécropsie fut pratiquée le 25 novembre: L'estomac, les anses grêles, le côlon, étaient remplis de sang.

On ne découvrit extérieurement sur l'estomac et la première portion du duodénum ni congestion, ni adhérences, ni épaisissements de la paroi, qui permettent parfois de localiser l'ulcération. Et on eut la surprise de ne découvrir aucun ulcère ni sur la petite courbure ni sur le duodénum.

On enleva alors la deuxième portion de celui-ci, qui ne présentait extérieurement aucune modification de forme, de couleur, de consistance. Mais, à l'ouverture, on découvrit un large ulcère placé sur la face interne pancréatique du conduit. A peu près circulaire, d'un diamètre égal à celui d'une pièce de 2 francs, il entoure complètement l'ampoule de Vater, qui est placée, presque exactement en son centre. Ses bords sont taillés à pic, leur consistance est dure. C'est parce qu'il était plaqué contre le pancréas que la présence de l'ulcère ne pouvait pas être soupçonnée par l'exploration extérieure du conduit.

Enfin, au centre, immédiatement, en avant et en arrière, de l'orifice de l'ampoule de Vater, on découvre deux vaisseaux ulcérés dont l'antérieur a un calibre de 1 mm. 5 environ.

On ne constate aucune trace de cholécystite, ni la vésicule ni les canaux ne contiennent de calculs. La tumeur pelvienne est bien un fibrome.

OBSERVATION LIX

(WOLKE, Cas I.)

A. G. F..., homme âgé de 74 ans, entre le 5 juin 1920.

Depuis plusieurs années, troubles gastriques peu précis, avec douleurs au creux de l'estomac survenant une heure après les repas.

En 1916, soumis à un régime. Depuis va bien jusqu'à Noël 1919. Puis, douleurs au creux de l'estomac. Ces derniers temps, avant son entrée à l'hôpital, douleurs constantes n'augmentant pas après les repas. Pas de vomissement, mais quelques renvois. A beaucoup maigri, surtout depuis ces quinze derniers jours.

Le 4 juin 1920, vomissement de sang noir.

Examen : Mauvais état général, pâleur; cœur et poumons normaux; légère sensibilité de la partie sous-ombilicale de l'abdomen; pas de résistance. Réaction de Weber positive à deux reprises.

Examen radiologique : Ulcère de la deuxième portion du duodénum, sur le bord interne.

Le 22 juillet 1920, nouvelle hématomèse.

Le 4 septembre, aggravation brusque de l'état général. Ventre ballonné surtout dans sa partie inférieure droite. Signes d'hémorragie interne.

Mort le 6 septembre.

Autopsie : Ulcère dans la paroi postérieure de la portion descendante du duodénum, portion très étroite.

OBSERVATION LX

(COMBY, Cas V.)

J. C..., 46 ans, charron.

Ce malade entre à l'hôpital le 22 février 1926 pour douleurs siégeant au creux épigastrique.

Il y a longtemps déjà que le malade n'est pas bien portant. Le début de ses troubles digestifs remonte, en effet, à l'année 1915, époque à laquelle le malade était sur le front. En avril de cette année, la digestion s'accompagne de légers malaises qui, le mois suivant, se précisent en augmentant d'intensité. Le malade ressent, deux heures après le repas, comme une vrille qu'on lui enfoncerait au creux stomacal jusque dans le dos. Puis, de temps à autre, les aliments ne sont plus supportés, ils sont rendus à moitié digérés au milieu d'un liquide noirâtre, en même temps que les selles sont absolument noires comme du marc de café.

Il est évacué sur l'arrière avec le diagnostic d'ulcère à l'estomac et aux fins d'opération.

Mais, mis au régime lacté et traité par le bismuth, on surseoit à l'intervention tant son état s'est amélioré. Il est réformé temporaire.

Pendant deux ans, le malade continue à se soigner, les vomissements alimentaires et le mélæna disparaissent, seule a persisté la douleur, très atténuée au creux épigastrique, qui survient toujours deux heures après les repas. Puis il recommence à prendre de tout.

Mais, en 1919, survient une sérieuse rechute avec douleurs plus grandes, réapparitions des vomissements alimentaires et mélæna. Il suit à nouveau son régime, mais celui-ci est devenu insuffisant; en 1924 et 1925, arrivent encore les mêmes accidents.

Depuis octobre 1925, les douleurs plus intenses et plus longues ne sont plus calmées par le bismuth, seul le décubitus latéral droit les calme un peu. Les vomissements ont fait place à un état nauséux très marqué. Il y a toujours du mélæna, mais on peut se demander si, dans une certaine mesure, la coloration noire des selles n'est pas due au bis-

muth. Devant son état qui ne s'améliore pas, il décide de se faire opérer.

L'examen objectif ne nous donne aucun renseignement précis. On trouve un sujet fatigué et amaigri, chez qui la palpation de la région épigastrique est douloureuse d'une façon diffuse.

Présence de sang dans le liquide gastrique.

On pose le diagnostic d'ulcère de la petite courbure, et le malade est opéré le 2 mars 1926.

On trouve un ulcère calleux situé au niveau du premier coude duodénal adhérent au pancréas et à l'hiatus de Winslow, principalement au cholédoque. Celui-ci est fusionné avec les masses calleuses périulcéreuses.

Dissection du duodénum et séparation de la tête du pancréas. Dissection aux ciseaux et au doigt du cholédoque. L'ulcère se déchire sous le doigt. Le duodénum devient béant. Il est sectionné aux ciseaux.

Le malade meurt le 6 mars 1926, avec une température à 40°. La nécropsie n'a pu être faite. Il est probable qu'il y a eu désunion de la suture duodénale et cholépéritone consécutive. Mort par péritonite.

L'examen histologique de la pièce opératoire montre qu'il existe une inflammation avec adénomatose des glandes en grappe; la région atteinte est coiffée par un tissu fibrino-hématique infiltré de leucocytes polynucléés neutrophiles. Dans cet infiltrat sont emprisonnés des territoires de muqueuses. L'adénomatose glandulaire est entrecoupée de foyers d'inflammation plus marquée; il y a là un fond de tissu conjonctif envahi par de la lymphocytose et de la plasmocytose. La muscularis mucosæ est absente. La sous-muqueuse présente un épaississement fibreux, avec des nids de lymphocytes en pycnose. La tunique musculaire est inégale, il y a des foyers de sclérose périvasculaire sans développement excessif de tissu nerveux.

3° Forme anémique.

Il s'agit d'une anémie chronique parfois intense, s'installant au cours d'un ulcère chronique connu et net, dont l'évolution est traversée par de grands épisodes hémorragiques.

L'anémie s'accompagne d'une diminution marquée de la valeur globulaire.

Nous en avons suivi un cas typique (observation XVIII).

OBSERVATION XVIII (Inédite).

(Docteur GUTMANN.)

M. Jeu..., 40 ans.

Le début de la maladie remonte à cinq ans, par une hémorragie survenant juste après une vaccination antivariolique au moment des vaccins. Puis, violentes brûlures au creux épigastrique et douleur sourde dans la région du carrefour pyloro-duodéal. En même temps diarrhée, nausées, coliques.

Les douleurs épigastriques surviennent quelques heures après les repas et sont calmées par des cataplasmes électriques pendant trois semaines à deux mois; mais il existe toujours une certaine sensation de gêne, de pesanteur.

Les selles sont en général pâteuses, quelquefois liquides ou bien moulées. Rend beaucoup de gaz. Nausées et vomissements fréquents. Supporte mal les œufs, les graisses.

A l'examen, le malade est fatigué, de teint pâle. Douleur provoquée par la palpation sous le rebord costal droit et dans les fosses iliaques.

Les premières radiographies, imparfaites, montrent que le bulbe duodénal est suspect.

Mis à la laristine (deux séries). Après la deuxième série, mélæna durant deux à trois jours.

De nouvelles radiographies montrent une niche post-bulbaire entourée d'un genu superius tout à fait rectiligne et sténosé (fig. 25 à 27).

Nouvelle hémorragie très abondante durant cinq à six jours. Depuis, santé précaire, anémie marquée (globules rouges : 2.050.000); vomissements continuels et violentes douleurs épigastriques.

Des transfusions sanguines répétées ont été faites pour remonter le malade.

Opération par le docteur Gaudin : gros ulcère, assez dur, sténosant avec une deuxième portion duodénale indurée comme un tuyau de pipe; gastrectomie.

Suites opératoires normales.

COMBY rapporte une observation d'ulcère de la deuxième portion duodénale, à forme anémique, guéri par gastro-pylorctomie.

OBSERVATION LXI

(COMBY, Cas VIII.)

J. P..., 46 ans, entre à la maison de santé le 27 mars 1929 pour hématomèse extrêmement abondante durant depuis l'avant-veille. Le malade est exsangue avec pouls à 140, et n'est remonté que par une transfusion sanguine de 400 gr.

Cette hématomèse a été précédée durant une huitaine de jours d'accidents douloureux épigastriques accompagnés de vomissements alimentaires, parfois sanguinolents et de méléna. La température n'a pas été prise.

Depuis quatre ans, existent des douleurs gastriques survenant par crises. Les douleurs font leur apparition trois heures après le repas et durent cinq à six heures. Donnant la sensation de crampes et de brûlures. Parfois, elles sont calmées par un vomissement, elles ne sont pas soulagées par la prise d'aliments. Pas de faim douloureuse. Pas de régurgitations acides. Les crises durent de plus en plus longtemps et augmentent d'intensité.

Un traitement médical fut institué il y a deux ans et amena un soulagement passager.

Depuis un an, les accidents avaient repris aussi intenses qu'auparavant. Jamais il n'y avait eu ni hématomèses ni méléna. Le malade était constipé et avait maigri.

Rien dans les antécédents.

Après hématomèse, le malade reste jaune, avec le pouls rapide, sans fièvre malgré la reprise progressive et prudente de l'alimentation.

G. R., 2.800.000; G. B., 12.000.

Hémoglobine 40 %.

Cet état d'anémie ne se modifie qu'avec la prise de foie de veau, 100 grammes par jour. On voit alors le malade se colorer.

G. R., 4.000.000; G. B., 10.000.

Hémoglobine, 75 %.

L'examen révèle un abdomen légèrement ballonné, avec douleur au niveau du carrefour sous-hépatique sans contracture musculaire. Devant l'état précaire du sujet et dans la crainte d'une nouvelle hématomèse, on intervient le

8 avril 1929, sans pratiquer l'examen du chimisme gastrique ni l'examen radioscopique.

L'estomac est sain ainsi que la première portion du duodénum, pas de périgastrite, ni de périoduodénite; mais au-dessous du genu superius, on constate sur la face antéro-interne du duodénum, une induration blanchâtre. Cette induration se prolonge sur la face interne, et l'exploration de cette face montre que l'induration plonge au niveau du pancréas. On décide de laisser l'ulcère en place et on pratique une gastro-pyloréctomie large. La première portion du duodénum est presque complètement réséquée. Anastomose gastro-jéjunale à la Polya.

Pendant quatre jours, l'opéré présente des signes de dilatation aiguë de l'estomac avec vomissements bilieux qui nécessitent des lavages d'estomac. Sérum glucosé sous-cutané et rectal. Aucune réaction péritonéale. Le sixième jour, on commence l'alimentation très bien supportée, le malade se lève le seizième jour.

Le 20 mai, l'examen radioscopique montre un fonctionnement parfait de l'anastomose. Le malade a bon appétit et ne souffre plus. Il sort de la Maison de santé en parfait état, le 23 mai.

Revu le 5 septembre 1929, l'état du malade se maintient parfait. Il ne souffre plus, il a repris son poids normal, et peut même sans fatigue, faire ses occupations habituelles.

4° Forme hémorragique pure.

Dans cette forme, le fait essentiel est que le malade ne souffre pas du tout, il fait de temps à autre une

hémorragie intestinale plus ou moins abondante, s'accompagnant souvent de pâleur, de tendances syncopales, de bourdonnements d'oreilles.

Nous venons d'observer ces deux cas (observations XIX, XX).

OBSERVATION XIX (Inédite).

Consultation du docteur Gutmann, Clinique Chirurgicale de la Salpêtrière.

M. Kic..., âgé de 50 ans, sans profession, est venu nous consulter le 22 juin 1935.

Les antécédents sont chargés; on note :

En 1912 : Opération pour appendicite aiguë;

En 1918 : Lithiase rénale droite avec hématurie lithotritie pour calcul vésical;

En 1928 : Angor pectoris; a une balle dans le poumon gauche; aurait eu à ce moment 18 de tension artérielle;

En 1932 : Diathermie pour adhérences : douleurs à l'hémi-abdomen droit, nausées, vomissements de bile.

Le début de la maladie actuelle remonte à six ou sept mois et se caractérise par des hématémèses peu abondantes, formées de sang rouge, survenant à deux reprises séparées par un intervalle de deux mois. Aucun trouble concomitant sauf une légère douleur dans la fosse iliaque droite.

Un mois après : mélæna durant sept à huit jours.

Trois mois plus tard, nouveau mélæna durant quelques jours.

Ces hémorragies s'accompagnent de vertiges.

En avril 1935, le malade a de nouveau des selles noires avec tendance syncopale.

Depuis cette date, a encore de temps en temps des selles noires.

Malade obèse, gros mangeur, éthylique; eczémas fréquents.

A l'examen : Signe de Murphy positif.

L'examen de sang, fait il y a six mois, a montré 3.000.000 de globules rouges et 12.000 globules blancs.

Sur un cliché (fig. 39), après douze examens radiologiques négatifs faits en divers pays d'Europe, on a eu l'idée qu'il pourrait s'agir d'une niche de la deuxième portion du duodénum que d'autres positions ont décelée.

En position de Trendelenburg, la baryte reflue vers le fond de l'estomac, l'antrum pylorique est remplie d'air. A côté du bulbe, on voit apparaître la niche du début de la deuxième portion du duodénum (fig. 40).

Opération, le 20 décembre 1935, par le docteur Loewy. Estomac un peu augmenté de volume, rien sur la petite courbure ni au pylore. Induration en aval du bulbe duodénal correspondant à un cratère pénétrant dans le pancréas. Gastrectomie de 16 centimètres sur la petite courbure.

OBSERVATION XX (Inédite).

(Docteur GUTMANN.)

M. Car... présente des hémorragies digestives mono-symptomatiques à répétition tous les deux ou trois ans.

Les clichés montrent une niche duodénale post-bulbaire, avec image de sténose inflammatoire de la deuxième portion du duodénum (fig. 38).

Dans sa publication sur les ulcères de la portion descendante du duodénum, WOLKE rapporte cinq cas de cette forme hémorragique pure (cas V, VI, VIII, IX, XI).

OBSERVATION LXII

WOLKE, Cas V.)

F. F. F..., homme, âgé de 31 ans, entre le 28 avril 1930.

N'a jamais eu de troubles gastriques antérieurs.

Le malade est pris, brusquement, un jour avant son entrée à l'hôpital, de nausées et de vomissements alimentaires et sanguinolents. Il vomit ensuite dans toute la soirée un liquide très foncé.

A son entrée, aucun trouble gastrique.

L'examen clinique est négatif. Réaction de Weber est très positive. Hémoglobine 80 %; globules rouges 5.200.000.

Le lendemain, selles noires comme du goudron.

L'examen radiologique montre un ulcère de face situé sur la deuxième portion du duodénum.

OBSERVATION LXIII

(WOLKE, Cas VI.)

K. V. V..., homme âgée de 63 ans, entre le 29 août 1930.

A eu, vingt ans avant son entrée, un « catarrhe de l'estomac ». Après un régime : guérison.

Au mois d'août 1930, le malade a remarqué par hasard, sans aucun trouble gastrique, pendant quatre à cinq jours, que ses selles étaient noires.

Examen : pâleur; hémoglobine : 77 %; globules rouges : 3.920.000; réaction de Weber est positive.

L'examen radiographique montre une niche du bord interne de la deuxième portion du duodénum.

Sort le 13 novembre 1930.

Entre de nouveau, le 21 février 1933, pour mélæna et hématomèse. Les radiographies confirment encore la niche trouvée antérieurement, mais elle est plus petite.

Le 21 septembre, mélæna nécessitant une transfusion sanguine.

Le 14 décembre, il quitte l'hôpital sans aucun symptôme.

OBSERVATION LXIV

(WOLKE, Cas III.)

E. S..., homme, âgé de 46 ans, entre le 6 juin 1935.

Pour la première fois, en 1933, il a des renvois acides précédant des selles noires.

L'examen radiographique montre la présence d'un ulcère au début de la deuxième portion du duodénum.

En avril 1934, nouvelles hémorragies précédées aussi de renvois acides pendant quelques jours.

Opération, le 18 novembre : Gastro-entérostomie Billroth II; l'ulcère a pénétré dans le pancréas.

Mort le quatrième jour par péritonite.

OBSERVATION LXV

(WOLKE, Cas IX.)

E. A. A..., homme, âgé de 44 ans, entre le 24 mai 1934.

En automne 1933, légers troubles gastriques après l'in-

gestion de café, disparaissant quand le malade n'en prend plus.

Ces dernières semaines, il présente à nouveau de légers troubles.

Le matin de son entrée, vomissements de sang et diarrhée sanglante.

L'examen clinique est négatif. Réaction de Weber très positive; hémoglobine : 90 %; globules rouges : 4.590.000.

Les radiographies montrent un ulcère du début de la deuxième portion du duodénum.

OBSERVATION LXVI

(WOLKE, Cas XI.)

K. E. L..., homme, âgé de 68 ans, entre le 23 février 1935.

En 1932, traité pour calcul de la vessie qui a été enlevé.

Cinq mois après, selles noires comme du goudron, mais pas de troubles gastriques.

Le malade ne consulte pas.

De juillet 1934 à janvier 1935 plusieurs coliques néphrétiques avec émissions de calculs. Souvent douleurs dans la partie droite du dos et sous les fausses côtes droites. Il présente aussi des douleurs transversales dans la poitrine en dehors du travail et des repas. Souvent renvois qui améliorent les troubles.

Le 22 février 1935, il présente pour la première fois des renvois acides, sans douleur. Le même jour et le lendemain : selles noires comme du goudron.

Les radiographies montrent un ulcère du début de la deuxième portion du duodénum.

Cette forme hémorragique pure de l'ulcère post-bulbaire, se manifestant uniquement par les hémorragies,

est d'une grande importance; et l'on ne saurait trop attirer l'attention des médecins et des chirurgiens.

D'une part René-A. GUTMANN a montré avec DEMOLE que sur cent cas d'hématémèses de consultation, vingt-cinq ne sont pas diagnosticables.

D'autre part, s'il est déjà difficile, chez un sujet qui fait une hémorragie intestinale, mais qui n'a jamais souffert, de découvrir un ulcère de l'estomac ou du bulbe duodénal, combien est-il plus difficile, dans les mêmes conditions, de diagnostiquer un ulcère post-bulbaire, lésion encore si peu connue, si peu étudiée.

C'est ici qu'il faut répéter encore une fois la remarque très juste de VIVIANI : « Certaines hémorragies digestives, sans cause reconnue peuvent, peut-être, avoir leur origine dans un ulcère extra-bulbaire. »

5° Forme hémorragique mixte.

Entre la forme hémorragique pure et la forme typique de l'ulcère duodénal post-bulbaire, il y a lieu de placer une forme hémorragique mixte dans laquelle le malade fait au début, sans éprouver des douleurs, ni d'autres troubles, des hémorragies intestinales pendant quelques mois ou quelques années. Ce n'est qu'après ce laps de temps que les douleurs surviennent, avec leur évolution cyclique nette, permettant de poser le diagnostic d'ulcère.

Nous venons d'observer un cas de ce genre,

OBSERVATION XXI (Inédite).

*Consultation du docteur Gutmann, Clinique Chirurgicale
de la Salpêtrière.*

M. Tal..., âgé de 54 ans, tailleur, est venu à notre consultation le 4 mai 1936.

Il a eu, en août 1934, un mélæna abondant. Cette hémorragie n'est accompagnée d'aucune douleur épigastrique.

En janvier 1935, nouveau mélæna. Cette fois-ci encore le malade n'a pas souffert.

En avril 1935, puis en août 1935, troisième et quatrième mélæna, toujours monosymptomatiques.

C'est seulement à partir de septembre 1935 (soit un an après la première hémorragie) que, pour la première fois de sa vie, il commence à présenter, trois à quatre heures après les repas, des brûlures épigastriques avec irradiations dans le dos et dans la région sternale.

L'examen clinique ne montre rien, sauf une anémie marquée.

Le 18 novembre 1935, la recherche des hémorragies occultes est fortement positive.

Sur une radiographie faite avant l'entrée du malade à l'hôpital, on voit au niveau du genu superius, une image de sténose duodénale avec niveau hydro-aérique.

De très nombreux examens radiologiques ont été faits et montrent (fig. 41 et 42) finalement un ulcus du haut de la deuxième portion du duodénum apparaissant de profil avec image de spasme sur l'autre côté de cette portion duodénale (comparable à la biloculation par spasme de la grande courbure gastrique dans les ulcères de la petite courbure).

L'opération a été faite par le docteur Chigot, le 2 mars

1936 : Ulcère de la face postérieure du *genus superius* collé contre le pédicule hépatique. On ne peut pas l'enlever et, dans ces conditions, on préfère pratiquer une gastro-entérostomie postérieure horizontale isopéristaltique tout près du pylore.

Parmi les douze cas publiés par WOLKE, nous citons celui-ci (cas II) de forme hémorragique mixte :

OBSERVATION LXVII

(WOLKE, Cas II.)

A.-H. C..., homme, âgé de 44 ans, est venu consulter en février 1927.

Dix ans avant son entrée, hématomèse non précédée de troubles digestifs. Après traitement, reste sans symptôme.

Le 22 novembre 1926, douleurs brusques au creux épigastrique quand le malade veut démarrer en automobile.

Le 24 novembre et les jours suivants, les selles sont volumineuses et sanglantes.

Ces hémorragies sont arrêtées pendant une cure d'ulcus, mais réapparaissent ensuite.

Examen radiologique : niche grosse comme un haricot dans la partie supérieure de la deuxième portion du duodénum.

B) Forme sténosante.

L'ulcère duodénal post-bulbaire peut créer, au cours de son évolution, des sténoses duodénales soit par spasme, soit par transformation fibreuse et extension de l'ulcus, soit enfin par périviscérite.

Le tableau clinique est alors modifié par l'adjonction des signes de stases duodénales : nausées, vomissements, migraines, amaigrissement, asthénie... Les exemples sont nombreux : Citons le cas de PÉRAIRE, celui de CRANE, l'observation de LOSSEN et SCHNEIDER, les trois cas de VIVIANI.

OBSERVATION LXIII

(PÉRAIRE.)

M^{lle} G..., 28 ans, souffre de la région épigastrique depuis l'âge de 15 ans. Douleurs violentes, sensation d'étouffement après les repas. Quelquefois, reste deux mois sans souffrir.

Depuis cinq mois, les douleurs deviennent intolérables et la malade a continuellement des nausées. Il y a trois ou quatre mois, elle présente plusieurs hématomèses et mé-læna pendant une semaine.

Amaigrissement de 25 livres en deux mois. Teint jaunâtre, terreux, maux de tête habituels. Nervosisme excessif.

Depuis dix jours, vomissements verts,

Opération : Dilatation de l'estomac et des deux premières portions du duodénum, due à une sténose sous-vatérienne, suite d'ulcère.

OBSERVATION LXIX

(CRANE).

M^{me} M. T. B..., 45 ans.

Depuis deux ans, douleurs épigastriques et vomissements.

Depuis un an, les douleurs deviennent constantes et les vomissements apparaissent après chaque repas.

Perte de poids et de force. Maux de tête. Insomnie et constipation.

Les radiographies montrent une dilatation des première et deuxième portions du duodénum avec remplissage de l'ampoule de Vater, avec sténose au niveau du genu inferius.

Laparotomie : Ulcère duodénal.

OBSERVATION LXX

(LOSSEN et SCHNEIDER.)

M^{me} L. B..., âgée de 23 ans, a depuis deux ans des attaques de nerfs indescriptibles. Depuis deux mois souffre de douleurs dans l'hémi-abdomen droit s'irradiant de tous côtés. De temps à autre, les douleurs sont intolérables et sont accompagnées de vomissements.

A l'examen clinique : ventre compact, très sensible à la pression. Température : 38°.

Examen radiologique : la deuxième portion du duodénum

présente des contours irréguliers. Ulcère sténosant du genu inferius.

Opération : Appendice sain; confirmation de l'ulcère.

OBSERVATION LXXI

(VIVIANI.)

M. N..., âgé de 32 ans.

Depuis un an, douleurs épigastriques intenses, tardives, avec vomissements alimentaires. Si les vomissements ont lieu à jeun, ils sont verdâtres. De temps à autre, brèves périodes d'accalmie.

A la palpation, sensibilité nette de la région correspondante au bulbe.

Dans les selles : la recherche des hémorragies occultes est constamment positive.

Examen radiologique : Evacuation gastrique retardée (dix heures); bulbe normal; début de la deuxième portion du duodénum filiforme; les deux tiers du duodénum sont ectasiés; au niveau de la concavité du genu superius, petite ombre ronde, de la grosseur d'un grain de blé, assez douloureuse.

Laparotomie : Ulcère.

OBSERVATION LXXII

(VIVIANI.)

M. L..., âgé de 63 ans.

Depuis un an, douleurs épigastriques journalières., trois heures après les repas, atténuées par l'ingestion des aliments et accompagnées de régurgitations acides.

Vomissements rares. Violent hyperpéristaltique au creux épigastrique, après les repas. De temps à autre, périodes assez prolongées de bonne santé. Asthénie nette et un certain degré d'amaigrissement.

A la palpation, douleur profonde à la région duodénale. Recherche des hémorragies occultes est positive dans les selles.

Examen radiologique : Estomac hypotonique ; la deuxième portion du duodénum est représentée par une ombre étroite le liquide opaque la traverse comme dans un tube rigide. Dans la concavité du genu superius, grosse formation diverticulaire à contours irréguliers. Tout le duodénum est douloureux à la pression.

Opération : Périduodénite fibreuse et intense.

Mort le huitième jour.

Autopsie : Vaste ulcère perforé dans le pancréas.

OBSERVATION LXXIII

(VIVIANI.)

F. P..., âgé de 30 ans.

Depuis trois ans, douleurs épigastriques après les repas calmées par l'ingestion des aliments. Périodes de bonne santé brèves et peu nombreuses.

Examen du suc gastrique : Hypersécrétion avec hyperchlorhydrie.

Examen radiologique : Estomac hypotonique ; le tiers supérieur de la deuxième portion du duodénum est représenté par une ombre étroite, dont la largeur est inférieure à la normale et presque filiforme ; à ce niveau, on aperçoit une niche sur le bord concave du duodénum.

Laparotomie : Ulcère de la deuxième portion du duodénum.

THÉVENARD a publié une observation, d'ulcère duodénal post-bulbaire avec sténose, intéressante par rapport au jeune âge du malade.

OBSERVATION LXXIV

(THÉVENARD.)

Il s'agit d'un enfant de 11 ans, atteint depuis l'âge de 6 ou 7 mois d'entérite tenace avec vomissements et douleurs aiguës de l'estomac à la palpation.

Après le sevrage, les douleurs persistent sous forme de barre épigastrique, surtout une demie-heure ou une heure après son premier repas; elles s'accompagnent d'éruclations d'odeur putride. Selles parfois noirâtres, le plus souvent liquides, nauséabondes.

Il y a un an et demi, première hématomèse (volume d'un verre) suivie d'une deuxième, puis d'une troisième, se succédant dans l'espace de deux heures.

Point douloureux au point pancréatique de Desjardin. Clapotement gastrique. Enfant pâle, anémique. Légère hyperchlorhydrie. Recherche du sang dans les selles très positive. Réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht-Bauer négatives.

Examen radiologique : Arrêt du repas opaque dans le duodénum. Jusqu'au tiers supérieur de sa deuxième portion, le duodénum est distendu, la fin de cette portion apparaît comme un ruban mince. Au bout de quelques instants la baryte passe, sous forme de petits bols dans la troisième portion du duodénum. Donc : Sténose des deux tiers inférieurs de la deuxième portion.

Opération, le 22 mars 1922 : Ulcère calleux invaginé sur la deuxième portion du duodénum.

Personnellement nous avons observé deux cas d'ulcères duodénaux post-bulbaires avec sténose déjà installée (observation XXII, XXIII).

OBSERVATION XXII (Inédite).

Consultation du docteur Gutmann, Clinique Chirurgicale de la Salpêtrière.

M^{me} Bob..., âgée de 52 ans, est venue nous consulter le 7 décembre 1936 pour douleurs épigastriques datant de quinze ans. Elle présente des périodes douloureuses de deux à trois mois, séparées par des intervalles de crises moins pénibles. A eu, au début, une hématomèse assez abondante.

Depuis six mois, elle a de violentes douleurs, surtout la nuit.

Les douleurs avaient été calmées jusqu'à présent par l'absorption de bicarbonate de soude.

La malade vomit depuis un mois.

L'examen clinique révèle un point douloureux vésiculaire.

Sur les clichés radiographiques, on voit nettement un gros calcul du bassin. La malade est alors opérée par le docteur Senèque en décembre 1936.

Elle continue à souffrir après l'opération; un nouvel examen radiologique est fait; il révèle une grosse niche de face siégeant sur la deuxième portion du duodénum (fig. 43 à 45).

OBSERVATION XXIII (Inédite).

*Consultation du docteur Gutmann, Clinique Chirurgicale
de la Salpêtrière.*

M. Rob..., âgé de 30 ans, est venu nous consulter pour la première fois en 1926.

Présente depuis plusieurs années des périodes de douleurs épigastriques durant quelques semaines.

Il y a quelques mois, ces périodes deviennent plus longues, les vomissements plus fréquents et plus abondants.

Un examen radiologique montre un estomac dilaté avec chute de la baryte en flocons de neige et une petite image de sténose post-bulbaire par ulcus (fig. 49 et 50).

Le malade a refusé l'opération, il se fait traiter médicalement.

Revu en décembre 1930, le malade continue à souffrir; il consent, cette fois, à se laisser opérer. Le professeur Gosset pratique l'intervention le 4 juin 1930 et trouve un estomac dilaté avec sténose duodénale par ulcère. Gastro-entérostomie.

Voici sept nouveaux cas d'ulcères duodénaux post-bulbaires (observations XII, XVIII, XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXVIII) où nous avons pu assister à l'établissement progressif de la sténose; deux de ces cas ont été rédigés dans les formes précédentes (observations XII et XVIII).

OBSERVATION XXIV (Inédite).

*Consultation du docteur Gutmann, Clinique Chirurgicale
de la Salpêtrière.*

M. Aky... âgé de 25 ans, représentant de commerce, est venu nous consulter le 13 décembre 1936.

Antécédents : Jaunisse à l'âge de 14 ans; pas d'éthylisme.

Depuis un an et demi, souffre par périodes. Les douleurs siègent au creux épigastrique, plutôt à droite, et surviennent une heure et demie ou deux heures après les repas; parfois, elles réveillent le malade. Elles sont à type de crampes, et le sujet a l'impression que son estomac « ondule ». Douleurs calmées par l'ingestion des aliments et des poudres; ces crises s'accompagnent de vomissements acides, de constipation.

Les périodes douloureuses durent huit à quinze jours; elles sont séparées par des intervalles d'accalmie de quelques mois. Même dans les périodes de rémission, le malade éprouve de très petites douleurs dans les deux premières heures qui suivent les repas.

L'examen clinique révèle une vésicule sensible.

Les clichés montrent un gros ulcus post-bulbaire avec des phénomènes inflammatoires et œdémateux. La niche est fixée, immobile; selon les positions l'estomac et le bulbe passent tantôt au-dessus tantôt au-dessous de la niche (fig. 51 et 52).

Le traitement médical fut d'abord essayé. Après deux séries d'injections de soluprotine (novembre et décembre 1934), le malade se plaint de brûlures, de vomissements.

A l'examen radiologique : la niche a diminué très sensiblement de volume, mais le bulbe a grossi et l'estomac pa-

raît gêné; tout se passe comme si la niche, en se cicatrisant, provoquait une sténose post-bulbaire.

L'opération est faite le 28 janvier 1935 : Le professeur Gosset trouve une sténose duodénale par ulcère. Gastro-entérostomie.

OBSERVATION XXV (Inédite).

(Docteur GUTMANN.)

M^{me} Pal..., âgée de 52 ans, nous consulte en fin 1936.

Antécédents : A été opérée de fibrome en 1932, castration complète, appendicectomie.

Histoire de la maladie : Quelques mois après cette opération, elle présente des douleurs soit au creux épigastrique, soit en ceinture. Ces douleurs surviennent presque chaque jour, quelques heures après les repas. Elles sont calmées par l'ingestion de poudres alcalines.

Bon appétit. Pas de vomissement. Pas d'hémorragie intestinale. A maigri de 10 kilogrammes en quatre ans.

La malade est pâle, mais elle prétend l'avoir toujours été.

L'examen clinique est négatif.

Examen radiologique : Estomac hyperkinétique, avec signe de gêne de l'évacuation. Gros ulcus de la deuxième portion du duodénum. Image de duodénite descendante (fig. 53 à 57).

OBSERVATION XXVI (Inédite).

Consultation du docteur Gutmann, Clinique Chirurgicale de la Salpêtrière.

M. Rog., âgé de cinquante ans, peintre, est venu nous consulter en 1925 parce qu'il ressent depuis vingt ans, des dou-

leurs épigastriques, d'abord sous forme de brûlures, puis sous forme de crampes. Ces douleurs surviennent pendant des périodes de plusieurs semaines, espacées par des intervalles d'accalmie de cinq à six mois. Elles sont tardives, environ quatre heures après les repas, calmées par des régurgitations acides. Pas de vomissement alimentaire. Pas d'hémorragie digestive, ni hématomèse, ni mélæna. Pas d'ictère.

L'examen clinique ne permet de constater qu'un foie un peu abaissé. Le tubage gastrique décèle une hyperchlorhydrie.

A l'examen radiologique, on trouve un estomac hypertonique et hyperkinétique, avec grosse poche à air; mais point d'ulcère.

Revu en mars 1931, le malade déclare que, depuis six ans, les crises douloureuses se répètent tous les neuf à dix mois, exactement avec le même type que les précédentes. Depuis deux mois les crises ont tendance à se souder les unes aux autres et les vomissements alimentaires deviennent de plus en plus abondants et rapprochés. Amaigrissement. Pas de péristaltisme extériorisé. Pas de ganglion externe. Foie toujours un peu abaissé, sans bosselure. Réaction de Weber positive.

Examen radiologique : Estomac dilaté se remplissant par le bas-fond (quatre travers de doigt au-dessous de la ligne bis-iliaque). Contractions très accusées, mais inefficaces. Puis, au bout de cinq minutes, atonie gastrique. Bonne mobilité de tout l'estomac. Sur le duodénum, présence d'une niche de face post-bulbaire avec bulle d'air (fig. 58 et 59).

Opération le 15 mars 1932 par le Professeur GOSSET : Sténose duodénale par ulcère post-bulbaire.

Suites opératoires bonnes.

OBSERVATION XXVII (Inédite.)

(Docteur GUTMANN.)

M. Ohr..., âgé de soixante ans, a eu dans le temps de longues digestions à la suite de mets lourds, calmées par le bicarbonate.

Depuis deux ans, il souffre tous les trois ou quatre mois, du creux épigastrique, durant trois semaines à un mois. Les douleurs, à type de crampes, surviennent trois à quatre heures après les repas. Bon appétit. Pas de vomissement. Ces crises s'atténuent pendant deux à trois mois, recommencent ensuite, disparaissent complètement cinq à six mois.

Les premières radiographies montrent un ulcère duodénal post-bulbaire assez difficile à distinguer d'un diverticule duodénal (fig. 60 à 63).

Sur les clichés ultérieurs la niche est nettement visible au-dessus du bulbe. On en conclut qu'il s'agit d'un ulcère post-bulbaire, postérieur, fixé, pénétrant, et que l'estomac et le bulbe peuvent pivoter de haut en bas autour de lui selon les positions (fig. 64).

Des injections de laristine, l'atropine améliorent le malade quelques semaines après la crise, et pendant plusieurs mois.

Les douleurs augmentent, intenses pendant trois mois. Les vomissements apparaissent progressivement, deviennent fréquents.

Enfin, un melæna formidable nécessite une thérapeutique énergique avec transfusion.

A l'intervention, le Professeur GOSSET trouve un ulcère calleux de la face postérieure de la partie haute de la

deuxième portion du duodénum, adhérent au pancréas qui est dur, scléreux. Gastro-entérostomie.

Le malade va bien; il vomit si l'alimentation est trop copieuse. Reprise de poids, quatre kilogrammes en un mois.

OBSERVATION XXVIII (Inédite).

(Docteur GUTMANN.)

M. Mua..., âgé de cinquante-huit ans, journaliste, nous consulte en juillet 1930. Il souffre de l'estomac depuis des années. Ces douleurs épigastriques surviennent par crises de un à trois mois (parfois huit jours). Périodes d'accalmie d'un an à un an et demi.

Le malade souffre vers quatre à cinq heures de l'après-midi et la nuit. S'il suit un régime strict, les douleurs ne se produisent pas dans la journée.

Il y a huit ans : Hémorragie de sang noir.

Nous revoyons le malade le 2 avril 1932. Il a eu des crises douloureuses qui ont duré quelques jours, huit à dix jours, pendant lesquelles il souffrait quotidiennement vers la fin de l'après-midi et surtout la nuit vers les quatre ou cinq heures du matin.

Depuis huit jours nouvelle crise.

L'examen radiographique ne montre pas d'ulcus. On remarque la persistance de l'image de l'ampoule de Vater.

En octobre 1936, après deux ans de période d'accalmie, nouvelle crise qui dure depuis quinze jours. Pendant les derniers six mois le malade souffrait par petites crises.

Amaigrissement de cinq kilogrammes depuis deux mois.

Pas d'appétit durant deux à trois mois, anorexie complète depuis quinze jours. Vomissements hier.

Un nouvel examen radiographique montre une sténose duodénale post-bulbaire par ulcère situé en aval du bulbe, avec rétrécissement inflammatoire du calibre duodéal (fig. 31).

Le vingt-sept mai 1937 le malade est en pleine crise depuis trois semaines, avec amaigrissement, vomissements, anorexie.

Les clichés radiographiques nous montrent une image de pleine sténose.

C) Forme perforante.

Dans la forme latente, nous avons relevé trois observations (Observations XLVI, XLVII, XLVIII) d'ulcères duodénaux post-bulbaires dont la première manifestation était une péritonite. Outre ces cas de forme perforante d'emblée, citons en trois d'ulcère perforé de la deuxième portion du duodénum, mais dont les symptômes ulcéreux se sont déjà manifestés avant la perforation.

OBSERVATION LXXV

(HUSTIN.)

B. J., âgé de vingt-quatre ans. Souffre de l'estomac depuis un mois; à cette époque a eu une petite hématomèse. Il est

souvent réveillé la nuit par de violentes douleurs épigastriques avec pyrosis.

A son entrée à l'hôpital, il présente un syndrome péritonéal typique avec faciès terreux, ventre de bois, douleurs abdominales intenses, extrémités refroidies.

Opération : Appendice normal. Rien à l'estomac et au pyllore. La première et la moitié supérieure de la deuxième portion du duodénum sont ballonnées, blanc grisâtre, d'aspect lardacé, œdémateux. On ne voit pas l'orifice de la perforation. Pancréas normal. Drainage. Tamponnement à la Mikulicz. Guérison.

OBSERVATION LXXVI

(POLONY.)

V... F., 26 ans. Ulcère perforé de la deuxième portion du duodénum. Opération à la dixième heure. Guérison. Gastro-entérostomie neuf mois après.

Passé gastrique depuis fin 1919. Tous les trois ou quatre mois, crises douloureuses pendant quelques jours. Horaire des douleurs : 16 heures, 23 heures. Parfois vomissements alimentaires.

27 juillet 1923, à 7 heures, douleur pendant 3, 4 minutes. Le malade part à ses affaires. A 11 heures, douleur en coup de poignard, qui se généralise à tout l'abdomen. Etat syn-copal, sueurs froides.

A l'hôpital, on constate une défense généralisée avec douleurs particulièrement vives au niveau de l'hypochondre droit.

A 21 heures, laparotomie. Issue de gaz à l'ouverture du

péritoine, épanchement citrin, trouble, généralisé. Perforation de la grosseur d'une tête d'épingle au niveau de la face antérieure de la deuxième portion du duodénum. En raison de l'induration périphérique, enfouissement difficile, complété par un recouvrement épiploïque. Drainage du Douglas.

Ablation du drain le quatrième jour.

Guérison sans incident.

Avril 1924 : Digestions lentes, pénibles.

Rétrécissement du duodénum à la radioscopie. Gastro-entérostomie, transmésocolique postérieure.

Octobre 1927 : Depuis la première intervention la guérison s'est maintenue sans que se manifeste le moindre symptôme gastrique.

OBSERVATION LXXVII

(PAUCHET.)

Femme, 27 ans, mauvaise dentition, troubles dyspeptiques depuis sept ans. Deux fois anémie aiguë, il y a neuf mois, il y a deux mois. Jamais de vomissements.

Une ou deux fois, melæna pendant quarante-huit heures.

Depuis un an, hypéresthésie douloureuse dans l'hypochondre droit. On pose le diagnostic de dyspepsie par lithiase biliaire.

Il y a deux jours, douleur subite syncopale dans le côté droit.

Morphine douze heures plus tard, état alarmant. On pense à une perforation vésiculaire ou appendiculaire.

A la trente-sixième heure, pouls 110, teint plombé, angoisse, température à 38 degrés, ventre de bois.

Laparotomie : L'appendice est sain. Des gaz sortent de la paroi antérieure de D². On met 3 points séparés sur la perforation. On éponge le liquide contenu dans le flanc droit et la fosse iliaque droite, on tamponne la loge sous-hépatique.

Du sérum sucré, un lavement salé, la remontent un peu.

Huit jours après, température à 39°.

Conjonctives subictériques. Coliques en urinant. Au toucher rectal, collection pelvienne. Contre-ouverture rectale, drains abdominaux pelviens.

La malade, revue six mois après, va très bien.

Interrogée sur son passé, elle dit qu'elle avait ressenti des douleurs dans l'hypochondre droit, exagérées à la pression, et des crises douloureuses deux heures après les repas. Le fait de manger la soulageait.

SYNDROME RADIOLOGIQUE

L'étude radiologique est d'une importance capitale dans le diagnostic de l'ulcère duodénal post-bulbaire.

Par les signes cliniques on arrive presque toujours à affirmer l'existence d'un ulcère, mais dans la majorité des cas, la radiologie seule permet de localiser la lésion.

Nous verrons d'ailleurs que cette étude n'est pas toujours facile et nous croyons qu'ici, plus que partout ailleurs, les examens doivent être patients, minutieux et répétés. Nous nous insurgeons contre ceux qui, après un simple examen radioscopique ou après avoir fait un médiocre cliché sur lequel on distingue mal le bulbe et pas du tout les autres portions du duodénum, éliminent le diagnostic d'ulcère.

Dans un certain nombre de nos observations on n'est arrivé au diagnostic qu'après plusieurs examens radiologiques, jusqu'à douze dans un cas !

Rappelons que le meilleur moment pour ces examens est la poussée ulcéreuse et que la niche, si elle est petite ou récente, disparaît parfois ou du moins est souvent moins visible dans la période d'accalmie ou après une hémorragie qui réalise une véritable « saignée locale ».

La majorité de nos malades ont été examinés dans le service du docteur LEDOUX-LEBARD, par le docteur LEDOUX-LEBARD ou le docteur GARCIA-CALDERON à la radioscopie, puis à la radiographie.

La radioscopie nous renseigne sur l'état de l'estomac, sur l'évacuation du duodénum, sur ses contractions normales ou anti-péristaltiques. Elle nous permet d'étudier la topographie générale des différentes portions du duodénum, de chercher les meilleures incidences pour la prise des clichés.

Parfois elle révèle l'existence de niches, si elles apparaissent suffisamment grosses. Mais si elles sont moyennes ou petites, qu'il s'agit d'en faire le diagnostic différentiel avec un diverticule, une ampoule de Vater, ou une péri-duodénite, la radioscopie est impuissante, les clichés en série sont indispensables. Encore faut-il que ces derniers soient irréprochables, pris dans diverses positions, avec une technique parfaite. C'est dans ces conditions seules qu'il est possible d'arriver à un diagnostic précis.

Celui-ci est basé d'une part sur la présence de la niche, d'autre part sur les modifications duodénales.

1° La niche ulcéreuse.

Elle constitue le signe capital. C'est la marque même de l'ulcère.

Souvent, elle est vue de profil et se traduit alors par une petite tache ronde ou hémisphérique plus ou moins saillante, plus ou moins ovalaire, située dans la concavité duodénale. Dans ce cas, elle est en général très nette.

D'autre fois, elle se présente de face et revêt alors l'aspect d'une tache dont l'opacité tranche nettement sur celle du duodénum et dont les contours sont plus ou moins réguliers.

Elle peut être alors rendue visible, grâce aux réactions étudiées plus loin, soit par un halo péri-ulcéreux qui l'isole, soit par suite de l'état inflammatoire œdémateux de toute la partie voisine du duodénum, soit enfin grâce au stade d'évacuation de celui-ci.

Les dimensions de la niche sont variables, de la taille d'une petite lentille à celle d'une pièce d'un franc.

La niche est douloureuse électivement à la pression.

Debout, elle prend parfois le type de la niche de Hau-deck, avec niveau liquidien et bulle d'air.

2° Les modifications duodénales.

L'ulcère post-bulbaire provoque souvent des modifications importantes au niveau du duodénum.

Tout autour de la niche, les plis de la muqueuse duo-

dénale sont modifiés. Rarement ils sont hypertrophiés, traduisant un processus de duodénite. Plus souvent, ils disparaissent et le duodénum perd à ce niveau cet aspect caractéristique de feuille de fougère : un halo clair encercle la niche. Ce halo n'est autre que l'image de l'œdème péri-ulcéreux.

Au-dessus et au-dessous de l'ulcère, le calibre duodénal peut apparaître comme rétréci. Cette diminution de calibre serait pour VIVIANI purement fonctionnelle : En effet, d'une part, l'image duodénale, bien qu'étroite, change de forme aux différents moments de l'examen ; d'autre part, on ne constate pas de rétrodilatation comme dans toute sténose.

Il s'agit plutôt, à notre avis, d'une image de faux rétrécissement dû à l'œdème de la deuxième portion du duodénum, comme certains bulbes ulcéreux peuvent apparaître rétrécis, alors qu'ils ne sont simplement pas remplis, à cause de l'œdème qui les gonfle.

D'ailleurs, dans d'autres cas, la sténose est organique : à deux reprises différentes sur nos cas opérés (observation XVIII et XXVIII), le chirurgien a pu constater à l'intervention un rétrécissement du calibre duodénal avec rigidité persistante « en tuyau de pipe ».

Au-dessous de la portion ulcéreuse on constate souvent une dilatation duodénale. Dans ces cas, l'opération ou l'autopsie ne permet généralement pas de trouver la cause de la dilatation (périduodénite, sténose de l'angle duodéno-jéjunal par adhérences ou par tout autre pro-

cessus). Il est donc vraisemblable que cette ectasie est purement fonctionnelle, qu'elle est due à un réflexe paralytique dont le point de départ se trouve dans les lésions nerveuses de la paroi duodénale gravement lésée par les phénomènes inflammatoires.

Enfin, sur la paroi opposée à la niche, on peut voir une incisure spasmodique transitoire. C'est là un symptôme important, mais ici pas plus qu'au niveau de l'estomac ou du bulbe, cette incisure n'est pathognomonique. On la rencontrera, en effet, dans divers processus irritatifs duodénaux par cholécystite, par appendicite.

DIAGNOSTIC

C'est par les clichés en série que le diagnostic d'ulcère duodénal post-bulbaire sera posé.

Si l'examen clinique permet en général de diagnostiquer la maladie ulcéreuse, ce n'est réellement que l'examen radiographique qui donnera les véritables bases de ce diagnostic.

1° Diagnostic clinique.

La clinique s'appuiera sur les données les plus fréquemment rencontrées. Ce seront les phénomènes douloureux caractéristiques s'accompagnant : de nausées, d'ictère (diagnostic clinique fait dans l'observation XIV et vérifié ensuite radiologiquement), de manifestations hépato-vésiculaires ou pancréatiques ; ou se compliquant d'hémorragies, de sténose, de perforation.

Avant d'aller plus avant, nous insisterons encore sur l'importance des hémorragies qui paraissent plus fré-

quentes dans cette localisation (43 %) que dans les autres et qui feront penser à ce siège lésionnel.

Etant donné que certains ulcères duodénaux post-bulbaires évoluent sans signes subjectifs, la lésion peut s'accroître en largeur et en profondeur, envahir facilement les vaisseaux qui sont nombreux dans cette région (surtout les artères pancréatico-duodénales) et créer ainsi des formes hémorragiques monosymptomatiques, soit pures, soit comme mode de début des manifestations cliniques.

Le syndrome hémorragique dû à la lésion ulcéreuse post-bulbaire pourrait aussi expliquer l'origine d'un certain nombre d'hémorragies digestives non diagnosticables jusqu'ici.

Ces données ne nous permettent pas, en général, d'établir le diagnostic de localisation de l'ulcère, mais elles sont souvent suffisantes pour nous mettre sur la voie et compléter nos examens radiologiques par l'étude systématique des lésions duodénales pouvant siéger en aval du bulbe.

2° Diagnostic radiologique.

Les bases du diagnostic radiologique reposent sur l'étude des modifications duodénales dont la niche est la plus caractéristique.

L'ulcère duodéal post-bulbaire se prête radiologiquement à de nombreuses erreurs d'interprétation.

Certains d'entre elles sont faciles à éviter, en examinant le malade dans différentes positions, telles que les confusions entre la niche et un ganglion calcifié, une concrétion péritonéale, un calcul rénal ou des voies biliaires, ou une fracture des apophyses transverses des vertèbres lombaires.

Une bulle d'air dans le genu superius ne doit pas être confondue avec une image hydro-aérique. De même, la superposition d'ombre entre la partie terminale de la première portion duodénale et le début de la deuxième portion peut donner lieu à une tache opaque, de contours plus ou moins réguliers, simulant une niche de face. Il suffit d'y songer pour éviter ces erreurs.

Plus fréquent et plus difficile est le diagnostic entre une niche et un diverticule duodénal.

Lorsque la niche est de face, le diagnostic avec un diverticule de sa taille est aisé, étant donné que presque tous les diverticules de cette grosseur siègent à la concavité duodénale.

Si c'est au contraire dans cette région qu'apparaît une niche, il est moins facile de se prononcer. Dans ces cas, on se base sur les deux remarques suivantes :

Dans le diverticule, on peut constater, sur de bons clichés, les plis du pédicule reliant l'image diverticulaire au duodénum. Dans la niche, ces plis n'existent pas, car l'ulcère est creusé directement dans la paroi duodénale sans pédicule, avec une large base d'implantation.

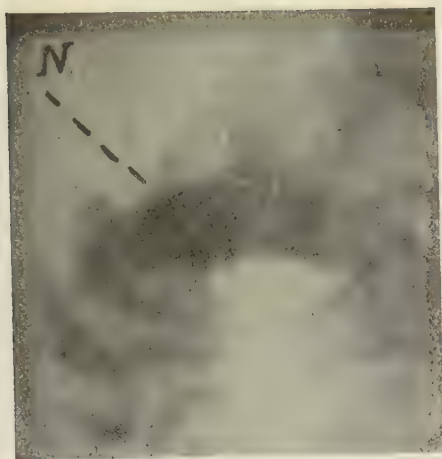


FIG. 1.

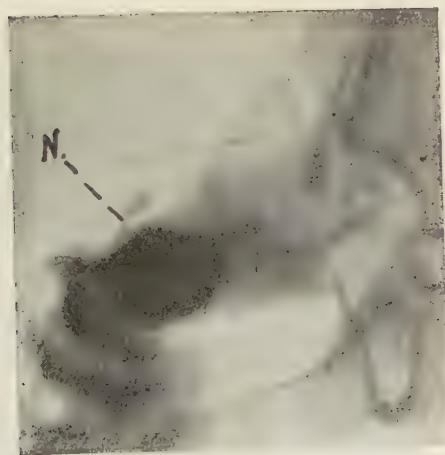


FIG. 2.

FIG. 1 et 2. — Niche de face du début de D_2 . Aspect de duodénite hypertrophique de D_2 . Opération (D^r FUNCK-BRENTANO) : Ulcère du début de D_2 , dimensions d'une pièce de un franc (Obs. I).

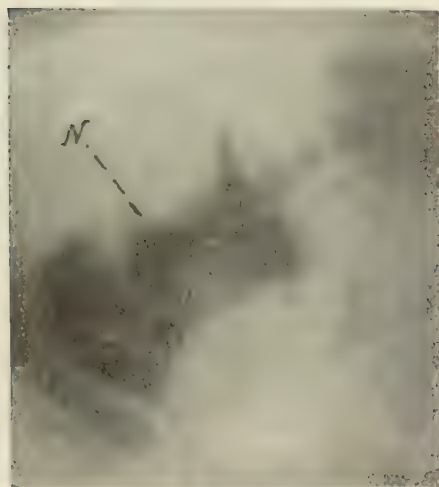


FIG. 3

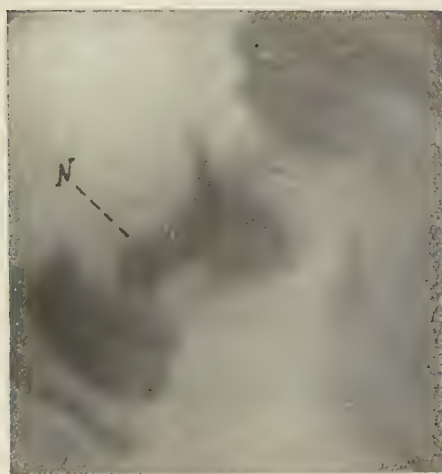


FIG. 4.

FIG. 3 et 4. — Niche du haut de D_2 . Halo périulcéreux (Obs. II).

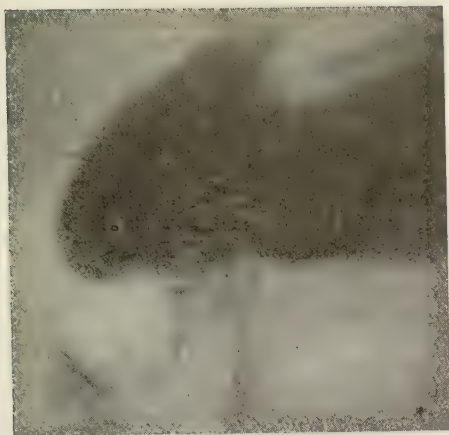


FIG. 5.



FIG. 6.

FIG. 5 et 6. — Image constante de rétrécissement au niveau de D_2 . Ulcère sténosant de D_2 . Opération (D^r ABADIE, d'Oran) : l'ulcère de D_2 , situé loin du bulbe qui est déformé par des adhérences (Obs. III).

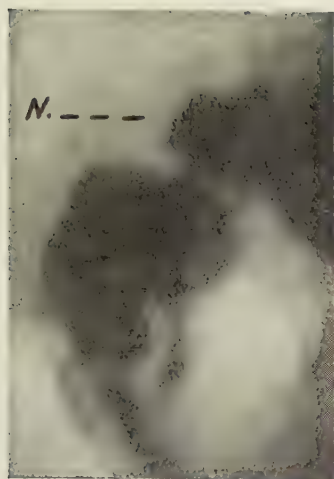


FIG. 7.

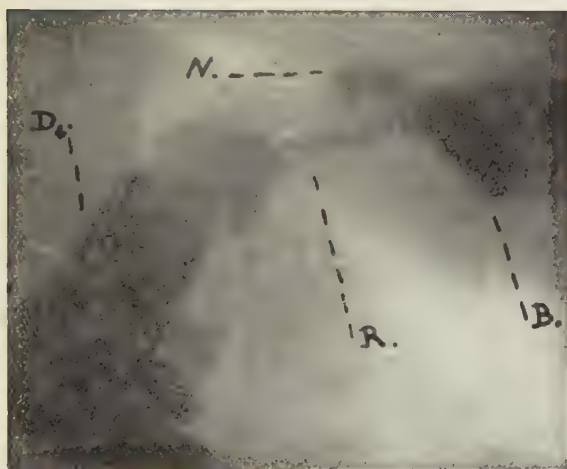


FIG. 8.

FIG. 7 (cliché de face) et FIG. 8 (cliché de profil). — Ulcère post-hulbaire de face.
Confirmation opératoire (D^r Jean Gosser) (Obs. V).



FIG. 9.



FIG. 10.

FIG. 9 (cliché de face) et FIG. 10 (cliché de profil). — Ulcère (N) du genu supérieur situé après un duodénum mobile (D. M.). Duodénite sous-ulcéricuse d'aspect sténosant (St.). Operation D. CHARRIER : l'ulcère de l'angle D, D., adhérent à la vésicule qui ne peut en être séparé, sans crainte de perforer le duodénum qui serait ensuite très difficile à fermer, vue la proximité du cholédoque (Obs. IV).

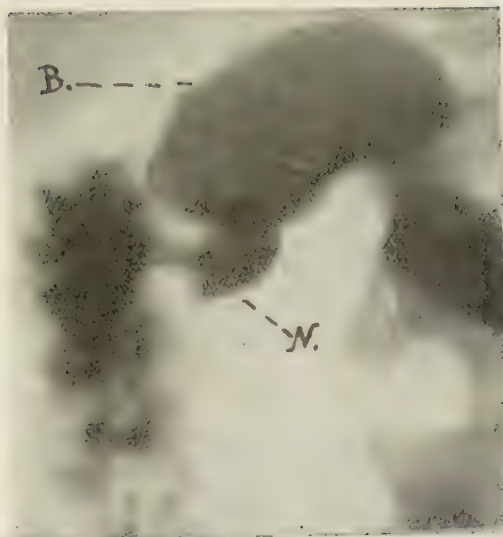


FIG. 11.

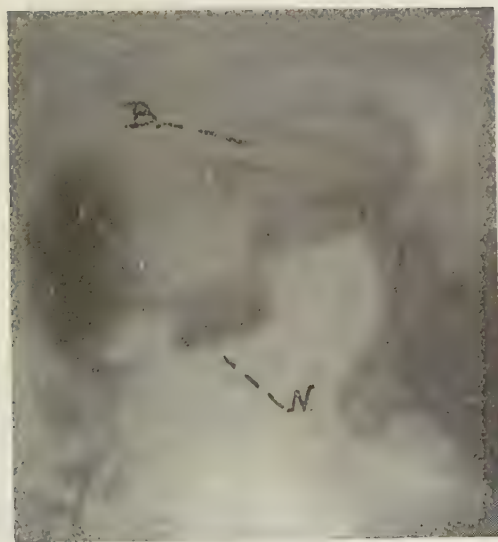


FIG. 12.

FIG. 11 (cliché de face). — Ulcère (N) de D_2 , difficile à distinguer d'un diverticule de D_2 (Obs. VI).

FIG. 12 (cliché de profil). — On voit nettement un coude post-bulbaire (petit duodénum mobile), dont le bas est occupé par une niche typique (N). Image œdémateuse autour de la niche (Obs. VI).

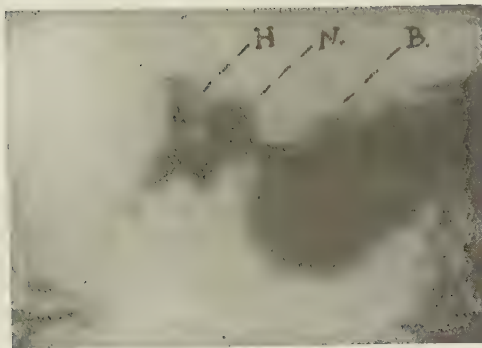


FIG. 13.



FIG. 14.

FIG. 13 (cliché pris en février 1934). — Ulcère post-bulbaire typique du genu supérieur. Niche (N) entourée d'un halo (H) d'œdème constant (Obs. VIII).
 FIG. 14. — Le même malade en avril 1937. — Ulcère duodénal fissuraire (Cliché pris en période aiguë). Gros œdème de toute la région avoisinante, empêchant le remplissage sur tous les clichés (Obs. VIII).



FIG. 15.

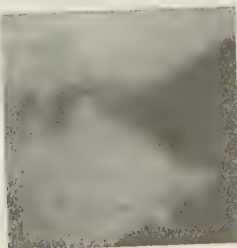


FIG. 16.



FIG. 17.

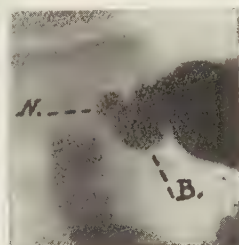


FIG. 18.

FIG. 15 à 18. — Ulcère du haut de D₂. Image de duodénite tout autour de la niche (N) (Obs. XVI).

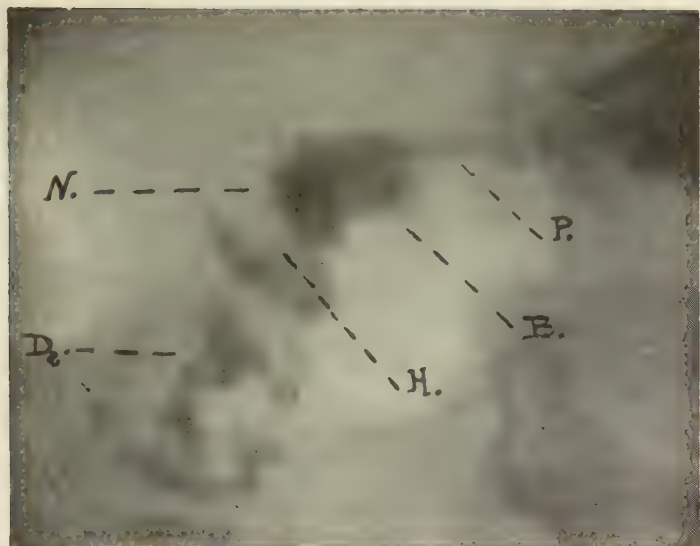


FIG. 19.

FIG. 19. — Niche (N) du genu superius avec halo d'œdème (H.).
Image constante sur tous les clichés. — B, bulbe; P, pylore (Obs. IX).

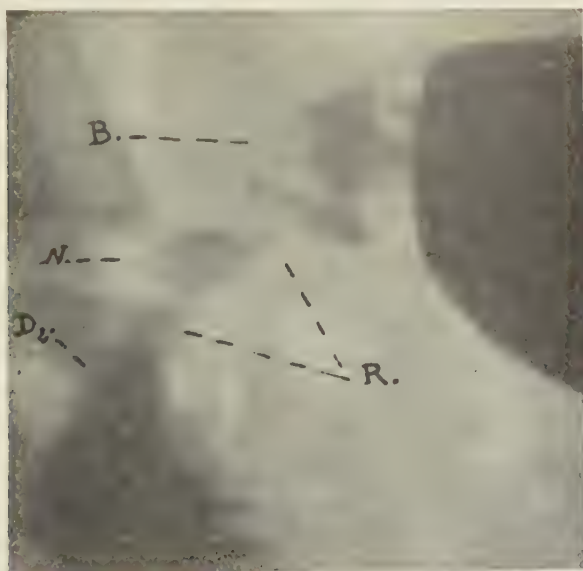


FIG. 20.

FIG. 20. — Niche typique (N) entourée d'une image de rétrécissement (R)
inflammatoire de D₂ (Obs. XIII).

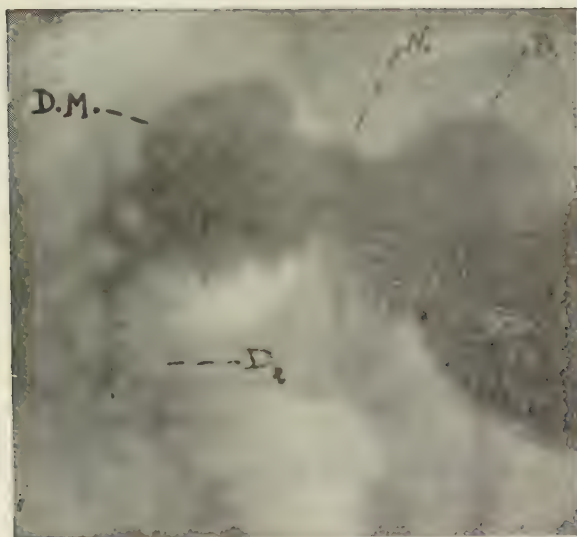


FIG. 21.

FIG. 21. — Type d'ulcère (N) immédiatement post-bulbaire avec petit duodénum mobile (D. M.). Ne pas confondre avec un gros bulbe biloculaire (Voir communication du D^r GUTMANN. Les erreurs de diagnostic dues au duodénum mobile. *Soc. de Radio.*, n° mai 1937) (Obs. X).

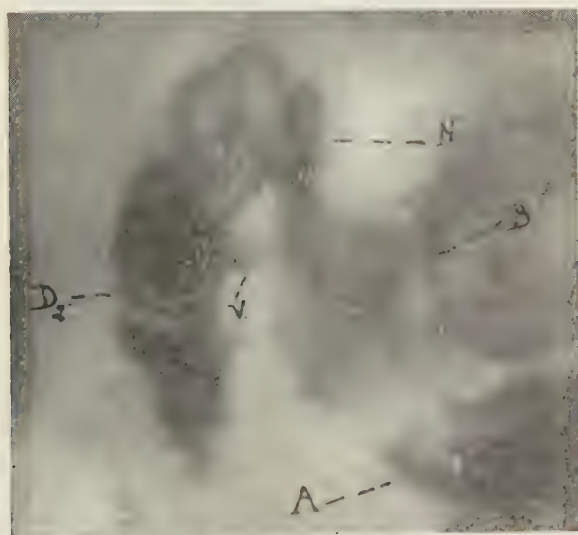


FIG. 22.

FIG. 22. — Niche (N) fissuraire du genu superius. Noter la visibilité de l'ampoule (V) de Vater (Obs. XI).

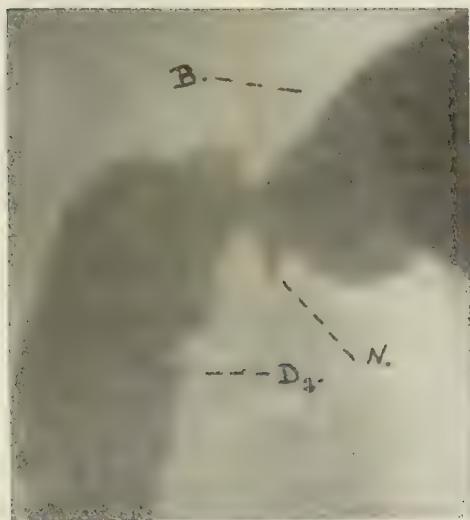


FIG. 23.



FIG. 24.

FIG. 23 (cliché de face). — On devine la niche (N) demi-cachée par le bulbe (B) (Obs. XII).

FIG. 24 (cliché de profil). — La niche (N) apparaît nettement sur un aspect inflammatoire rétréci (R) de la partie duodénale avoisinante (Obs. XII).

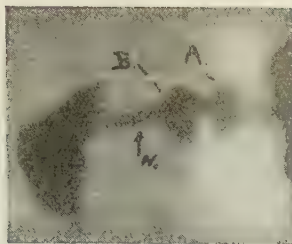


FIG. 25.

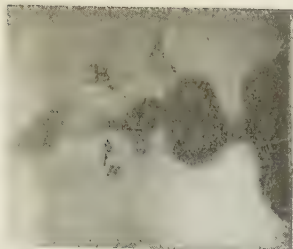


FIG. 26.

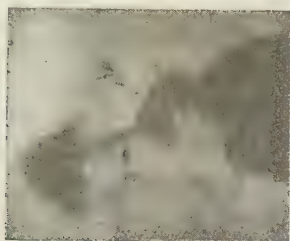


FIG. 27.

FIG. 25 à 27. — Sténose duodénale post-bulbaire par ulcère. — A, antre; B, bulbe; N, niche entourée d'un genu sperius tout à fait rectiligne et sténosé. Opération (D^r GAUDIN, de Nantes) : Gros ulcère assez dur, sténosant D₂ qui est induré en tuyau de pipe (Obs. XVIII).

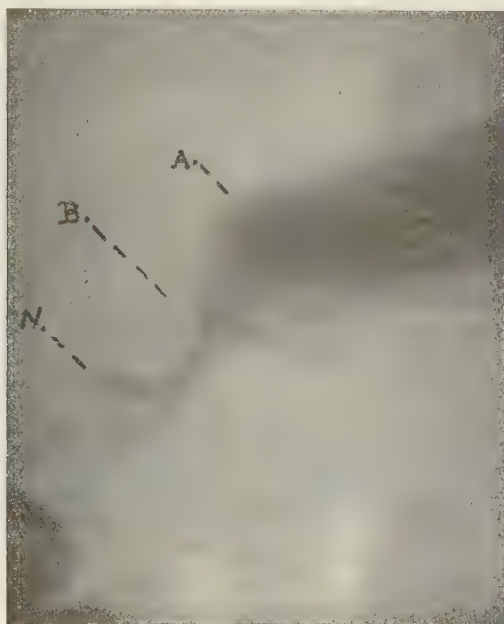


FIG. 28.

FIG. 28. — Niche (N) très mal remplie, mais constante sur tous les clichés (Obs. XIV).



FIG. 29



FIG. 30.

FIG. 29 et 30. — Le bulbe (B) est en position inférieure par rapport à l'antrum (A).
Grosse niche constante (N). Image de duodénite descendante (Obs. XXIX).

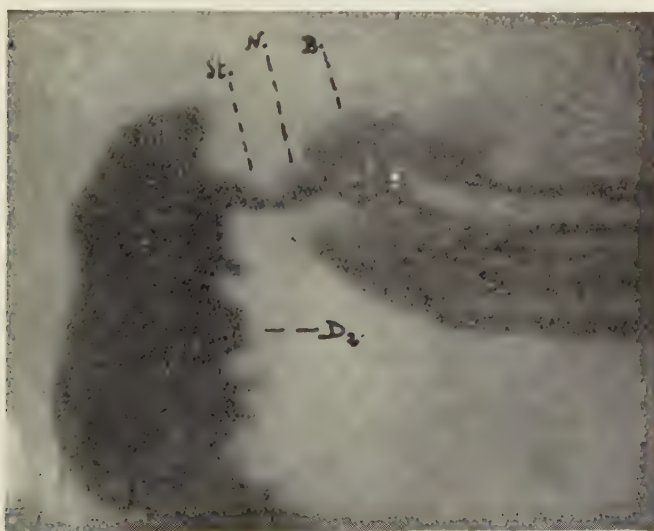


FIG. 31.

FIG. 31. — Ulcère (N) situé en aval du bulbe (B)
avec rétrécissement (St.) du calibre duodénal (Obs. XXVIII).

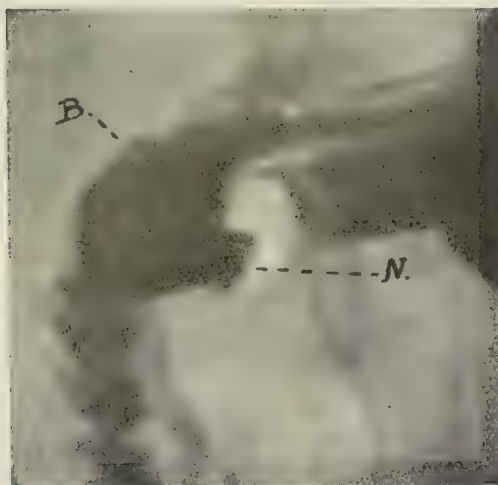


FIG. 32.



FIG. 33.

FIG. 32 et 33. — Ulcère du haut de D_2 (Obs. XV).

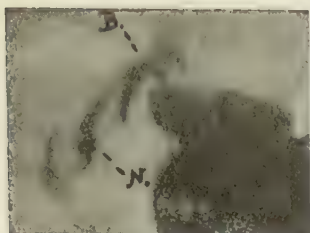


FIG. 34.



FIG. 35.



FIG. 36.



FIG. 37.

FIG. 34 à 37. — Grosse déformation en baïonnette de la portion descendante du duodénum avec niche (N), périoduodénite intense. Opération (D^r CHARRIER) : Ulcère bas situé après le bulbe avec périoduodénite et adhérences au fond de la vésicule qui ne paraît pas contenir de calcul (Obs. XVII).

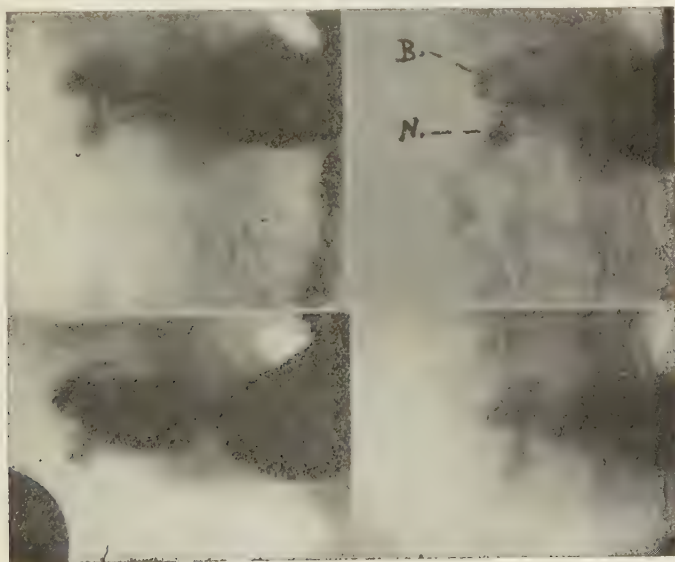


FIG. 38.

FIG. 38. — Niche (N) de D₂ typique.
Image de sténose inflammatoire de D₂ (Obs. XX).

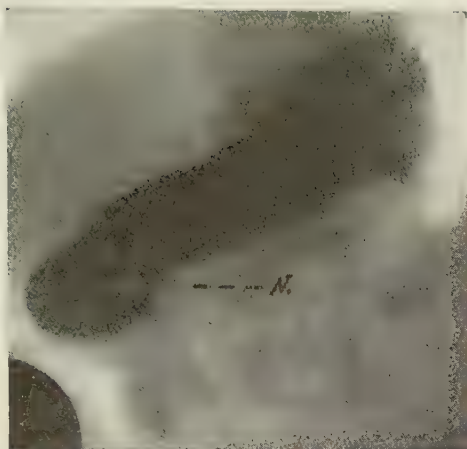


FIG. 39.

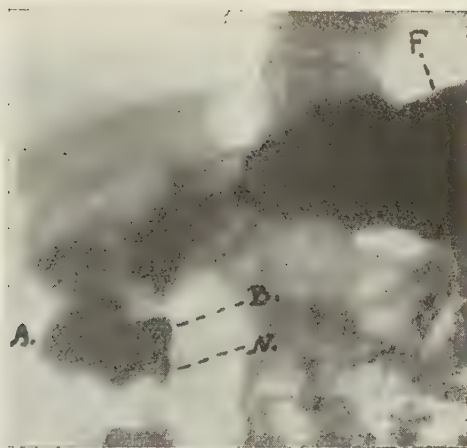


FIG. 40.

FIG. 39. — Sur ce cliché, après douze examens radiologiques négatifs, faits en divers pays d'Europe, on a l'idée qu'il pourrait s'agir d'une niche (N) de D_2 , que d'autres positions ont décelée (Obs. XIX).

FIG. 40. — Cliché en position de Trendelenburg. La baryte reflue vers le fond de l'estomac (F). L'antrum pylorique (A) est rempli d'air. A côté du bulbe (B) on voit apparaître la niche (N) du début de D_2 . Opération (Dr LOEWY) : Induration postérieure de l'angle $D_1 D_2$ correspondant à un cratère pénétrant dans le pancréas (Obs. XIX).

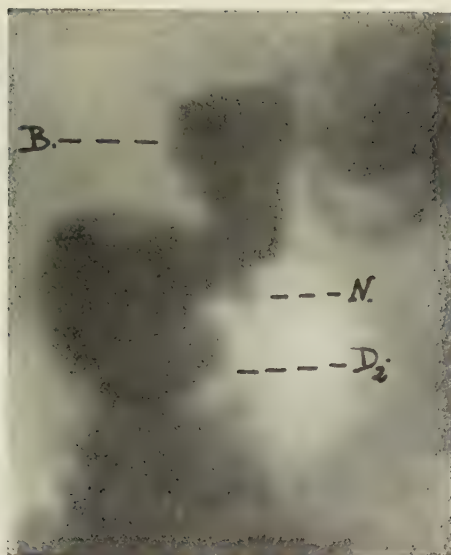


FIG. 41.

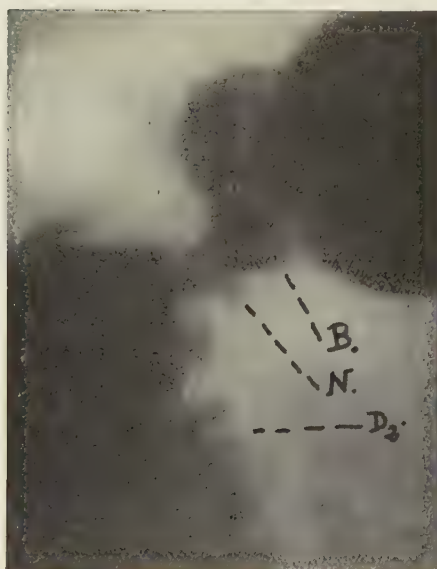


FIG. 42.

FIG. 41 et 42. — Ulcère du haut de D_2 apparaissant de profil; avec image de spasme sur l'autre côté de D_2 (comparable à la biloculation par spasme de la grande courbure gastrique dans les ulcères de la petite courbure de l'estomac) (Obs. XXI).



FIG. 43.

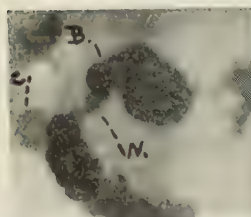


FIG. 44.

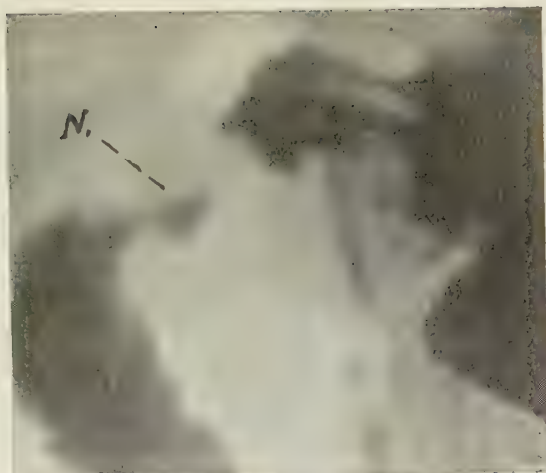


FIG. 45.

FIG. 43 à 45. — Gros calcul (C) du bassin. Après opération continue à souffrir.
Grosse niche (N) de face de D_2 (Obs. XXII).

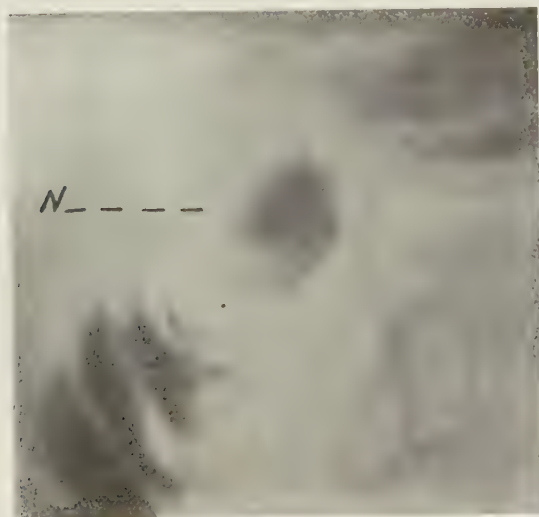


FIG. 46.

FIG. 46. — Gros ulcère de D_2 typique (N.). Image de duodénite à type sténosant autour de la niche. Opération (Dr BARAYA) : Ulcus avec périviscérite rétractant toute la région sous-hépatique, on dégage sa face antérieure. Il est trop loin et trop entouré d'infiltration pour que l'on pense l'enlever (Obs. VII).

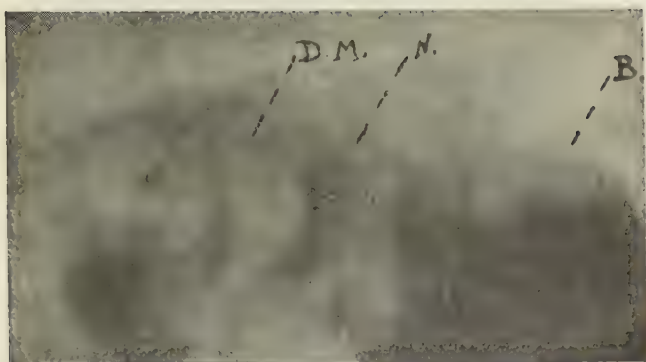


FIG. 47.



FIG. 48.

FIG. 47 et 48. — Ulcère (N) en poussée sur un duodénum mobile (D. M.).
Image de duodénite aiguë entourant la niche (Obs. XXX).



FIG. 49.

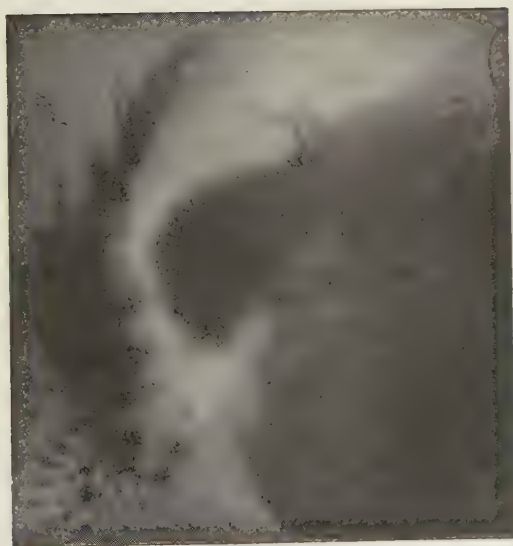


FIG. 50.

FIG. 49 et 50. — Image de sténose duodénale par ulcère immédiatement post-bulbaire. Confirmation opératoire (Professeur GOSSET) (Obs. XXIII).

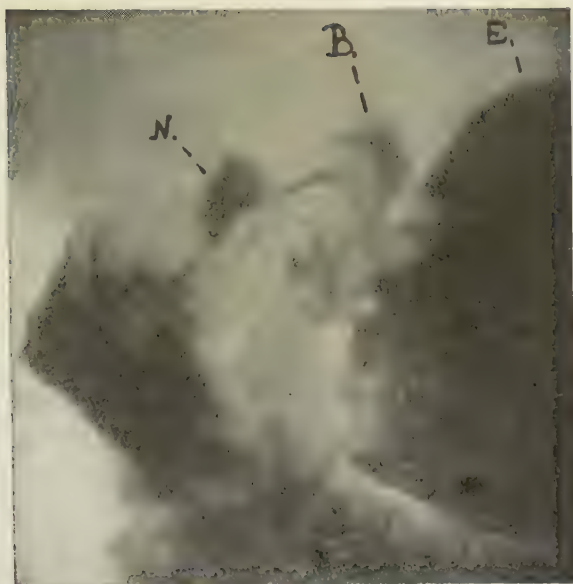


FIG. 51.



FIG. 52.

FIG. 51 et 52. — Gros ulcère postbulbaire avec phénomènes inflammatoires et œdémateux. Cet aspect (comme celui des fig. 60 à 64) montre que la niche (N) est fixe, immobile, selon la position l'estomac (E) et le bulbe (B) passent tantôt au dessus (fig. 51), tantôt au dessous (fig. 52) de la niche (Obs. XXIV).



FIG. 53.



FIG. 54.



FIG. 55.

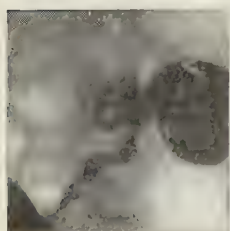


FIG. 56.

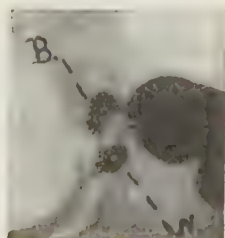


FIG. 57.

FIG. 53 à 57. — Gros ulcère de D_2 . Image de duodénite descendante (Obs. XXV).

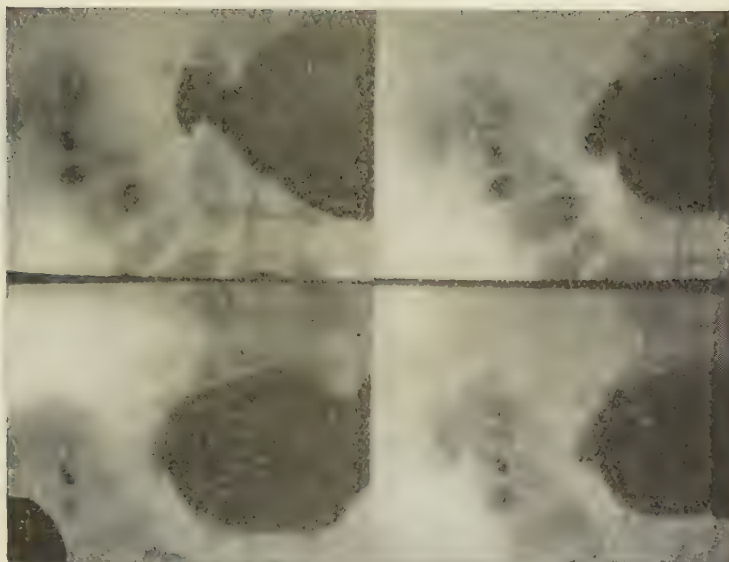


FIG. 58.



FIG. 59.

FIG. 58 et 59. — Grosse niche post-bulbaire de face avec bulle d'air. Opération (Professeur GOSSET) : Sténose par ulcère du genu superius (Obs. XXVI).



FIG. 60.



FIG. 61.

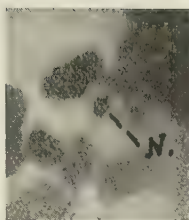


FIG. 62.



FIG. 63.

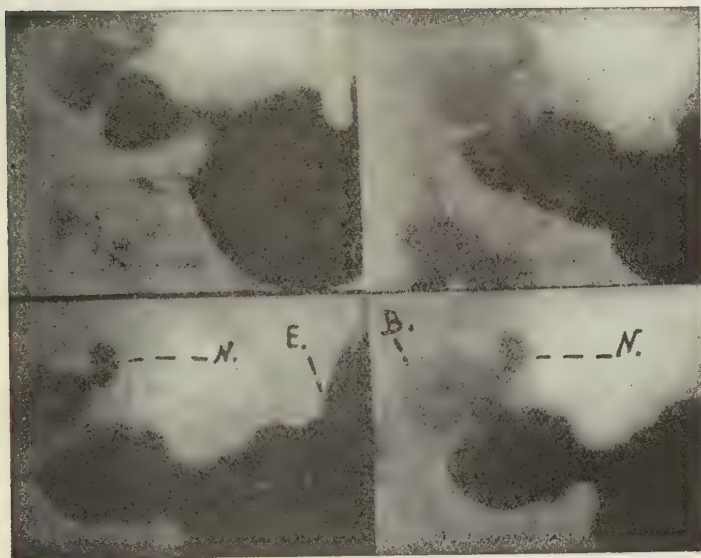


FIG. 64.

FIG. 60 à 63. — Ulcère de D_2 ressemblant à un diverticule de D_2 (Obs. XXVII).

FIG. 64. — Le même malade à un examen ultérieur. La niche (N) est maintenant nettement visible au dessus du bulbe (B). On conclut qu'il s'agit d'un ulcère postérieur, fixé, pénétrant, et que l'estomac (E) et le bulbe peuvent pivoter de haut en bas autour de lui selon les positions (comme dans le cas des fig. 51 et 52). Opération (Professeur Gossert) : Ulcère de la face postérieure du duodénum, situé sur la partie haute de D_2 , demi-sténosant, calcaireux, adhérent au pancréas qui est dur et scléreux (Obs. XXVII).



FIG. 65.



FIG. 66.

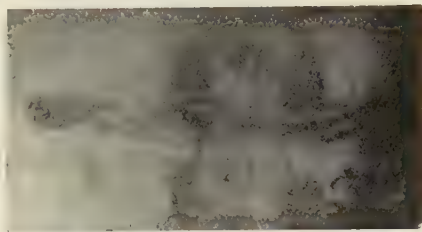


FIG. 67.

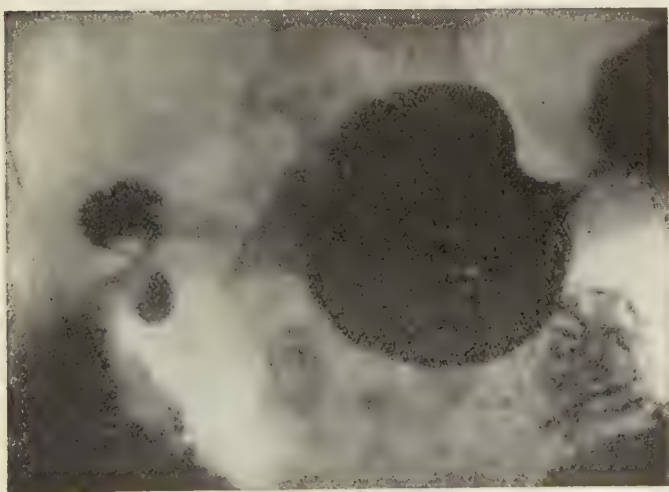


FIG. 68.

FIG. 65 à 68. — Ulcère typique de D_2
(Clichés aimablement communiqués par le D^r JOUNIAUX, de Lens).

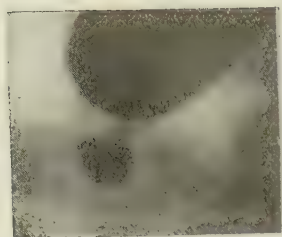


FIG. 69.

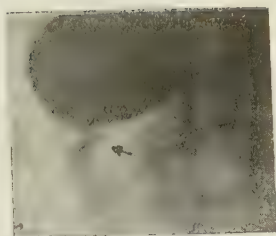


FIG. 70.

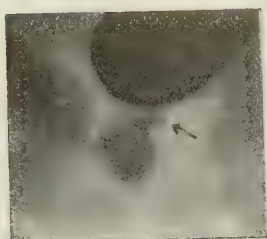


FIG. 71.

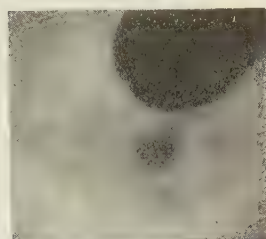


FIG. 72.

FIG. 69 à 72. — Niche (flèche) constante sur tous les clichés.
Dilatation de D_2 au dessous de la niche.

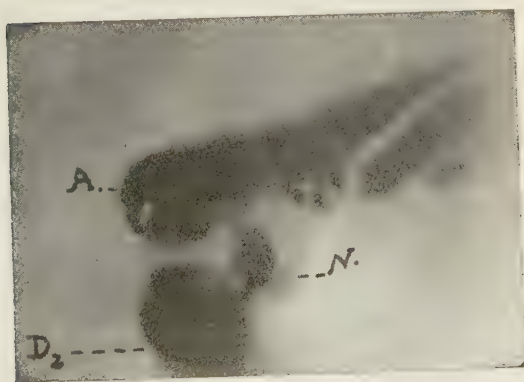


FIG. 73.

FIG. 73. — Image typique d'ulcère de D_2 . Duodénite sténosante de D_2 . Dilatation de D_2 au dessous de la niche. Le bulbe non visible est caché par l'antra (A) (Clichés aimablement communiqués par le Dr Popoff, de Bulgarie).



FIG. 74.



FIG. 75.

FIG. 74 et 75. Ulcère siégeant à la jonction de D₁ D₂. Grosse périduodénite. Le bulbe postérieur n'est pas visible. Image de sténose localisée à D₂ s'arrêtant à P où les plis redeviennent normaux.



FIG. 76



FIG. 77

FIG. 76 et 77. — Niche (flèche) duodénale post-bulbaire (Malade de 40 ans; première crise douloureuse et hématomèse en 1932; deuxième crise analogue en juin 1937) (Clichés aimablement communiqués par le Dr KAPLAN, de Paris).



FIG. 78

FIG. 78 — Ulcère de D₂



FIG. 79

FIG. 79. — Image typique d'ulcère de D₂ Duodénilite Sténosante de D₂ (Histoire ulcéreuse typique. Malade du Dr GUTMANN; fin juin 1937)

D'autre part, les phénomènes para-ulcéreux que nous avons étudiés — à savoir le rétrécissement du calibre duodénal, la dilatation atonique sous-ulcéreuse, l'incisure spasmodique — ces phénomènes n'existent que dans l'ulcère; ils traduisent en effet le retentissement sur le duodénum de l'inflammation ulcéreuse.

Mais, dira-t-on, un petit diverticule enflammé peut produire des aspects identiques. En réalité, il n'en est pas ainsi. VIVIANI relate l'histoire d'une diverticulite où il n'observe aucune image anormale péri-diverticulaire. Nous avons eu également l'occasion de voir plusieurs fois des diverticules présentant des signes cliniques d'inflammation, avec douleurs vives, réactions pancréatiques, et ne s'accompagnant pas de modifications de l'image duodénale.

Les diverticules sont fréquemment nombreux, tandis que l'ulcère post-bulbaire est unique.

Une autre erreur parfois commise, c'est de confondre l'image de l'ampoule de Vater, anormalement remplie avec une niche.

Lorsque cette ampoule est à sa place normale, qu'elle se présente avec son fond bifide caractéristique, le doute n'existe pas.

Il n'en est pas de même quand cette ampoule a une implantation anormale, à la face antérieure ou postérieure du duodénum. Elle se traduit alors par une tache opaque, parfois même entourée de plis radiés. Elle peut

ainsi être prise pour une niche de face. On évite l'erreur en se basant sur les différents caractères suivants :

1° L'ampoule de Vater est située à mi-hauteur de la deuxième portion du duodénum, ses contours sont plus réguliers, plus arrondis que ceux de la niche.

2° Elle ne s'accompagne pas de phénomènes péri-ulcéreux. C'est là un signe négatif qui a son importance.

3° Elle n'est pas douloureuse électivement à la pression.

4° L'ampoule de Vater est contractile, car elle a une *muscularis mucosæ* intacte. Cette contractibilité est mise en évidence par plusieurs clichés pris successivement.

5° Ayant une contractibilité propre, l'ampoule de Vater évacue plus facilement son contenu que l'ulcère qui est creusé dans la paroi duodénale.

Enfin, la niche doit être distinguée exceptionnellement de l'image d'un diverticule cancéreux.

Un bourgeon cancéreux pancréatique peut en effet éroder le duodénum et le perforer. Un travail de digestion peptique peut alors se produire, les parois de cette cavité, sous l'influence du suc duodénal, prennent une forme lisse et l'aspect radiologique peut devenir celui d'un ulcère. Le diagnostic radiologique est souvent impossible. Mais cet aspect est rare et trois auteurs seulement le rapportent (LINDBLOM, HERRXHEIMER, TANDOJA).

Signalons le diagnostic à faire également à titre exceptionnel, avec un cancer du duodénum ulcéré.

Cette affection est très rare et la différence entre les deux images est minime. Toutefois, s'il existe une rigidité importante et un défaut de remplissage constant, près d'une niche irrégulière, peut être, le soupçon d'un cancer augmente, mais il n'y a pas de signe radiologique certain entre un ulcère post-bulbaire et un cancer ulcéré du duodénum.

NOTIONS THÉRAPEUTIQUES

Les bases du traitement de l'ulcère duodéal post-bulbaire ne diffèrent en rien de celles des syndromes ulcéreux en général.

Le traitement médical (calmants, antispasmodiques, pansements digestifs, protéinothérapie...) pourra, dans certains cas, donner de bons résultats.

L'intervention sera indiquée de façon absolue dans : les ulcères dont les périodes de crise se sont soudées et qui souffrent continuellement; les ulcères s'accompagnant de lésions hépato-vésiculaires ou pancréatiques manifestes; les ulcères avec signes cliniques et radiologiques de sténose; les ulcères avec hémorragies répétées.

La fréquence des lésions de voisinage et des hémorragies dans cette localisation post-bulbaire donne, au traitement chirurgical de cet ulcus duodéal, une place

plus importante que dans les autres syndromes ulcéreux.

L'idéal serait, évidemment, d'enlever l'ulcère. Mais l'exérèse est impossible dans cette localisation, à cause de la proximité de l'ampoule de Vater et du pédicule hépatique. La gastro-entérostomie donne de bons résultats dans les ulcères post-bulbaires.

Cependant, il faut y ajouter bien souvent une exclusion du pylore par gastro-pylorectomie.

CONCLUSIONS

1° L'ulcère duodénal post-bulbaire, sans être une localisation fréquente de la maladie ulcéreuse, sans avoir en pathologie digestive une place aussi importante que l'ulcère du bulbe, est loin d'être une exception. Mais il passe souvent inaperçu : En effet, l'œil fasciné par le bulbe duodénal ne va pas toujours chercher sur les clichés une niche post-bulbaire même typique. Le radiologiste, d'autre part ne pense pas toujours, quand il cherche un ulcère, à dégager le haut du duodénum descendant.

2° Le siège même de la lésion nous explique les caractères spéciaux et les complications possibles pouvant survenir au cours de l'évolution clinique.

Tout d'abord, les manifestations hépato-vésiculo-pancréatiques, en particulier l'ictère par inflammation du pédicule du foie ou œdème de l'ampoule de Vater, d'autre part l'hémorragie par altération d'un vaisseau du pancréas.

3° Les réactions inflammatoires et cicatricielles qu'il provoque au niveau des divers organes voisins sont considérables.

Il est probable que de nombreuses péri-duodénites d'origine inconnue sont sous la dépendance d'un ulcère duodénal post-bulbaire inaperçu, car l'exploration est mal aisée et surtout on ne songe pas toujours à la pratiquer.

4° L'étude radiologique, avec de très bons clichés en série, pris selon une technique parfaite, mettra en évidence, comme dans tous les ulcères, le signe capital de l'affection : la niche duodénale post-bulbaire, signature pathognomonique de la lésion.

5° Le traitement paraît être ici plus chirurgical que dans les autres localisations ulcéreuses, du fait des rapports anatomiques du cadre duodénal avec les organes voisins et de la richesse vasculaire de la région.

L'exérèse est très délicate, impossible; la dérivation est bonne, quelquefois impuissante; l'exclusion par gastro-pyloréctomie est meilleure, plus sûre.

VU :

Le Président de thèse,
VIRES

VU :

Le Doyen,
EUZIÈRE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 29 Juin 1937,

Le Recteur
Président du Conseil de l'Université,
TAILLIART

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ARRIZABALAGA. — Sténose du duodénum (*Ann. de la Faculté de Méd.*, Montevideo, janvier 1926, p. 1).
- AKERLUND. — Röntgenologiska Duodenalobservationer (*Hygiea* 1919, p. 450).
- Röntgenologische Studien über den Bulbus Duodeni (*Acta Radiologica*, Suppl. I, 1921).
- The Roentgen Diagnos of ulcer duodeni with respect to the local « direct » Roentgen symptoms (*Acta Radiol.*, vol. II, p. 15, 1923).
- Later esperiences concerning the niche diagnosis in cases of duodenal ulcer (*Acta Radiol.*, vol. VIII, p. 538, 1927).
- Présent day criteria of X-ray diagnosis of duodenal ulcer (*The Am. Jour. of Surgery*, 1931).
- BERGMANN. — Ulcus duodeni (*Sonderabdruck ans den Mitteilungen ans den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, Suppl. IV, 1923).

- BIGNANI. — Sull' ulcera extrabulbare del duodeno (*Quaderni Radiologici*, Vol. III, p. 207, 1932).
- BJORN KÖHLER. — Sur le diverticule duodénal (*Acta Chir. Scand.*, 29 août 1932, p. 59).
- BONNEAU. — Diverticules du duodénum (*Presse Méd.*, 26 septembre 1923).
- BONORINO UDAONDO. — Sobre el diagnostico fotografico de las ulceraciones del duodeno (*Rev. Asoc. Med. Arg.* (Buenos-Aires), 1916, XXV, p. 131).
- BOUSQUET et BROUSTET. — Sur un cas d'ulcère de la deuxième portion du duodénum (*Com. à la Soc. Anatomico-Clin. de Bordeaux*, Séance du 28 nov. 1927; — *Journ. de Méd. de Bordeaux*, février 1928, p. 97).
- BRDICZKA. — Die tumoren des bulbus duodeni und ihre röntgenologisch Diagnose (*Röntgenpraxis*, vol. III, p. 625, 1931).
- Das grosse ulc. duodeni in Röntgenbilde (*Forschr. a. d. Ged. der Röntgenstrahlen*, vol. XLIV, p. 177, 1931).
- BUCQUOY. — L'ulcère duodénal (*Arch. génér. de Méd.*, 1887).
- CABANIE. — Ulcère calleux de la deuxième portion du duodénum. Anomalie choledocienne, détail de technique pour la suture duodénale (*Maroc Méd.*, 15 août 1935, p. 319).
- CADE. — L'ulcère du duodénum (*Lyon Méd.*, 1925, p. 333).
- CASE (DE). — Roentgen observations on the duodenum with special references to lesions beyond the first portion (*Am. Journ. of Roentg.*, vol. III, p. 314, 1916).
- CLAIRMONT et SCHINZ. — Zur diagnose und chirurgie der Duodenaldivertikel (*Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, vol. CLIX, p. 304, 1920).
- COLE et ROBERTS. — Diverticules duodénaux (*Surg. Gynec. and Obstetr.*, 1920, n° IV).

- COMBY. — Ulcère de la deuxième portion du duodénum (*Thèse de Bordeaux*, 1929-1930).
- CRANE. — Behavior of the Stomach in Ulcer and Cancer of the duodenum (*Am. Jour. of Roentg.*, vol. IX, 1922, p. 101).
- CRYMBLE. — *The Britisch Journal of Radiologie*, mars 1929, p. 133.
- DAGNINI. — Ulcère de la troisième partie du duodenum (*Rev. di Pat. e clin. della Tub.*, 23 juillet 1931).
- DEFRISE. — Perforation d'un ulcère de la deuxième portion du duodénum (*Atti. e memoire della Societa Lombarda di chir. Milan*, vol. IV, n° 7, mars 1936).
- DUCASTAING. — Ulcère perforé de la deuxième portion du duodénum (*Soc. Nat. de Chir.*, Séance du 21 décembre 1932; — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1932, p. 1601).
- DUVAL et BASSET. — Coexistence d'une sténose de la troisième portion du duodénum par compression mésentérique et d'un ulcère de la première ou de la deuxième portion (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. Paris*, 1922, XLVIII, p. 391).
- DUVERNAY. — L'ictère dans l'ulcère duodénal (*Thèse de Lille*, 1929).
- ENRIQUEZ et DURAND. — Eléments de diagnostic entre l'ulcère de l'estomac et l'ulcère du duodénum (*Rapport XVI Congrès Français de Méd.* Paris, 1922, p. 1).
- ESCANDE. — Ulcère duodénal ayant intéressé le pancréas (*Marseille Méd.*, 1913, vol. L, p. 236).
- FIESSINGER. — Le diagnostic de localisation des ulcères gastriques et duodénaux (*Jour. des Praticiens*, 1922, p. 764).
- FORSSELL et KEY. — Ein divertikel an der pars descendens duodeni mittels Röntgenuntersuchung diagnostiziert

- und operativ entfernt (*Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen*, vol. XXIV, p. 48, 1917).
- GALLART-MONÈS. — Ulcus duodenal de forma icterica (*Congresso Nacional de Patologia Digestiva*, Valencia, mars 1931).
- GARIN et BERNAY. — Trois cas de duodénum en M avec ulcère duodénal loin du bulbe (*Soc. de Gastro-entérologie de Paris*, Séance du 21 décembre 1936).
- GAVAZZENI. — L'Ulcera extrabulbare del duodeno (*Arch. It. d. Malattie dell' app. digerente*, vol. II, p. 561, 1933-1934).
- GOSSET. — Sténose duodénale (*Précis de Patho. Chir.*, 1911, t. IV, p. 431).
- GUTMANN. — Indications de la radioscopie et de la radiographie dans les maladies du tube digestif (*Presse Méd.*, 14 février 1931).
- L'ulcère duodénal (*Monde Méd.*, 1931, p. 793);
 - A propos du duodénum mobile (*Soc. de Gastroentérologie de Paris*, Séance de mai 1932).
 - Diagnostic et évolution radiologique de l'ulcère duodénal (*Boll. e Mem. della Soc. Piemontese di Chir.*, Séance du 29 avril 1933).
 - Les syndromes douloureux de la région épigastrique (*Paris*, 1934, t. I, pp. 76, 196, 585; — t. II, pp. 82, 223, 323).
 - Les erreurs de diagnostic dues au duodenum mobile (*Soc. de Radiologie*, n° de mai 1937).
- GUTMANN et DEMOLE. — Sur l'origine des hématémèses (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, Séance du 29 avril 1932).
- GUTMANN et HOANG (N. D.). — L'ulcère post-bulbaire (*Bulletin et Mémoires de la Société de Radiologie Médicale de France*, juin 1937).

- HARTMANN. — Traitement des ulcères perforés en péritoine libre (*Soc. Nat. de Chir.*, Séance du 17 octobre 1923).
- HERRNHEISER. — Carzinomatöses pseudodivertikel der pars descendens duodeni (*Fortschr. a. d. Ged. Röntgenstrahlen*, vol. XXVIII, p. 384, 1921).
- HERTZ. — Vingt-quatre observations d'ulcère duodéal (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1928, p. 845).
- KENTY. — Chronic duodenal stenosis (*Surg. Gyn. and Obst.*, 1924, XXXVIII, p. 444).
- KNUTSSON. — Die Nischendiagnostik bei sehr grossen Duodenalgeschwüren (*Acta Radiol.*, vol. XIII, p. 35, 1932).
- LAGOUTTE. — Des perforations brusques de l'ulcère duodéal en péritoine libre (*Lyon Chir.*, 1^{er} mars 1912, p. 241).
- LAMARQUE. — *Précis de Radio-diagnostic*, Paris, 1932.
- LE DAVIS. — Recurrent duodenal ulcer (*Surg. Clin. N. Am. Philadelphie*, 1922, vol. II, p. 947).
- LEDoux-LEBARD. — *Manuel de Radio-diagnostic Clinique*, Paris, 1933.
- LEFÈBRE. — Duodeno-pancreatectomie céphalique pour ulcère duodéal simulant un cancer (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 10 septembre 1931).
- LEFÈVRE, VERGER et LAPORTE. — Ulcère de la deuxième portion du duodénum (*Soc. de Chir. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, Séance du 22 janvier 1936).
- LE NOIR, GIBSON et BARIÉTY. — Diverticules du duodénum (*Arch. des Maladies de l'App. digestif*, mars 1924, p. 252).
- LINDBLOM. — *Alter-Radiol de l'Est et du Duodenum dans les pancréatites*, 1928, p. 255.
- LOSSEN et SCHNEIDER. — Zur Klinik des tiefen duodenalulcus (*Arch. f. Klin. Chir.*, vol. CXXXVII, p. 446, 1925).
- MAC CARTY. — Excised duodenal ulcers; a report of four

- hundred and twenty five specimen (J. A. M. A., LXXXIII, p. 1894, 1924).
- MACCARTY (W. C.). — The pathologic of the gall-bladder and some associated lesions (*Annals of Surg.*, 1910, p. 651).
- MONDOR. — Les ulcères perforés de l'estomac et du duodénum, Paris, 1923.
- MOYNIHAN. — Duodenal ulcer. Philadelphie, Londres, 1910.
- NAVARRO. — Obstruction chronique et totale du duodénum (*Jour. de Radiol. Montevideo*, 1922, p. 143).
- PAUCHET. — Ulcère du duodénum (*Arch. de l'App. digestif*, Paris 1908, t. II, p. 95).
- PÉRAIRE. — Un cas d'occlusion chronique sous-vatérienne du duodénum, suite d'ulcère (*Soc. des Chir. de Paris*, 5 novembre 1920; — *Paris Chir.*, 1920, p. 446).
- POMMAY et SEILLE. — Un cas de cancer de la quatrième portion du duodénum (*Ann. d'Anat. Path. Méd. Chir.*, 1925, p. 141).
- POLONY. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 2 février 1929.
- PORTIS. — Ulcer of the second portion of the duodenum (*Med. Chir. N. Am. Philadelphie*, 1921-1922, vol. V, p. 1554).
- ROSSONI. — Un caso di ulcera duodenale extrabulbare (*XI Congresso Italiano di radiologia Medica*, settembre 1934).
- Contributo casistico allo studio dell' ulcera extrabulbare del duodeno (*Radol. Med.*, 1935, vol. XXII, p. 225).
- SACK. — Beitrag zur magen und duodenal-diagnostic (*Röntgenpraxis*, 1934, vol. VI, p. 451).
- SINGER. — Ulcus duodeni (*Specielle pathologie und therapie innerer Krankheiten*, vol. VI, 1922).
- STARTZ. — Duodenal carcinoma (*Radiology*, vol. 25, 1935).

- STURLEVANT et SCHAPIRO. — Statistique sur les ulcères (*Arch. of Int. Méd.*, juillet 1926, p. 96).
- SUTTON. — Lecture sur l'ulcère récent et ancien et sur l'ulcère du jejunum correspondant à l'ulcère du duodénum (*Lancet*, 19 février 1916, p. 387).
- TANDOJA. — Rares signes radiologiques des maladies du pancréas (*Arch. Electr. Med. et Physioth. du Cancer*, 1928, p. 483).
- THEVENARD. — Ulcère de la seconde partie du duodénum chez un enfant de onze ans (*Paris Chir.*, 1922, p. 539).
- TIPREZ et M^{lle} DUMONT. — Deux nouveaux cas d'ictère dans l'ulcère duodénal (*Soc. de Méd. du Nord*, juillet 1930).
- TIPREZ et WAREMBOURG. — L'ictère dans l'ulcère duodénal (*Soc. de Méd. du Nord*, janvier 1929).
- VIVIANI. — Contributo alla conscenza dell' ulcera extrabulbare del duodeno (*Rad. Med.*, 1930, vol. VI, p. 698).
- Ulteriore contributo alla conscenza dell' ulcera estrabulbare del duodeno (*Riv. di radiol. e fis. Med.*, 1931, vol. III, p. 372).
- WOLKE. — Ulcera in der pars descendens duodeni (*Acta Radiologia*, août 1936, vol. XVII, p. 371).
- ZANETTI. — Ulcera o diverticulo della III porzione del duodeno (*Archivio di Radiol.*, 1933-34, vol. IX, p. 1091).

TABLE ANALYTIQUE

Avant-propos	15
Introduction	17
Historique	21
Notions étiologiques	24
<i>Fréquence de l'ulcère duodénal post-bulbaire ...</i>	24
<i>Influence du sexe et de l'âge</i>	26
<i>Coexistence avec un autre ulcère</i>	27
<i>Troubles du transit et ulcère duodénal post-bulbaire</i>	30
Syndrome clinique	34
FORME TYPIQUE	35
FORMES ATYPIQUES	59
<i>Forme atténuée</i>	59
<i>Forme latente</i>	62
<i>Forme nauséuse</i>	64
<i>Forme ictérique</i>	65
<i>Formes avec lésions de voisinage</i>	76
<i>Formes avec lésions hépato-vésiculaires</i>	76
<i>Formes avec lésions pancréatiques</i>	80

<i>Formes compliquées</i>	82
A. — Formes hémorragiques	83
1 ^o forme hémorragique simple ..	84
2 ^o forme hémorragique maligne	86
3 ^o forme anémique	93
4 ^o forme hémorragique pure	96
5 ^o forme hémorragique mixte	102
B. — Forme sténosante	105
C. — Forme perforante	117
Syndrome Radiologique	121
1 ^o La niche ulcéreuse	123
2 ^o Les modifications duodénales	123
Diagnostic	126
1 ^o Diagnostic clinique	126
2 ^o Diagnostic radiologique	127
Clichés radiographiques (Hors texte)	
Notions thérapeutiques	132
Conclusions	134
Index Bibliographique	136

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

